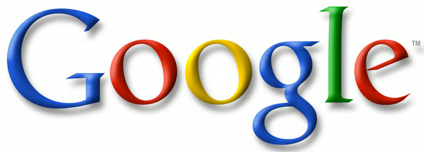
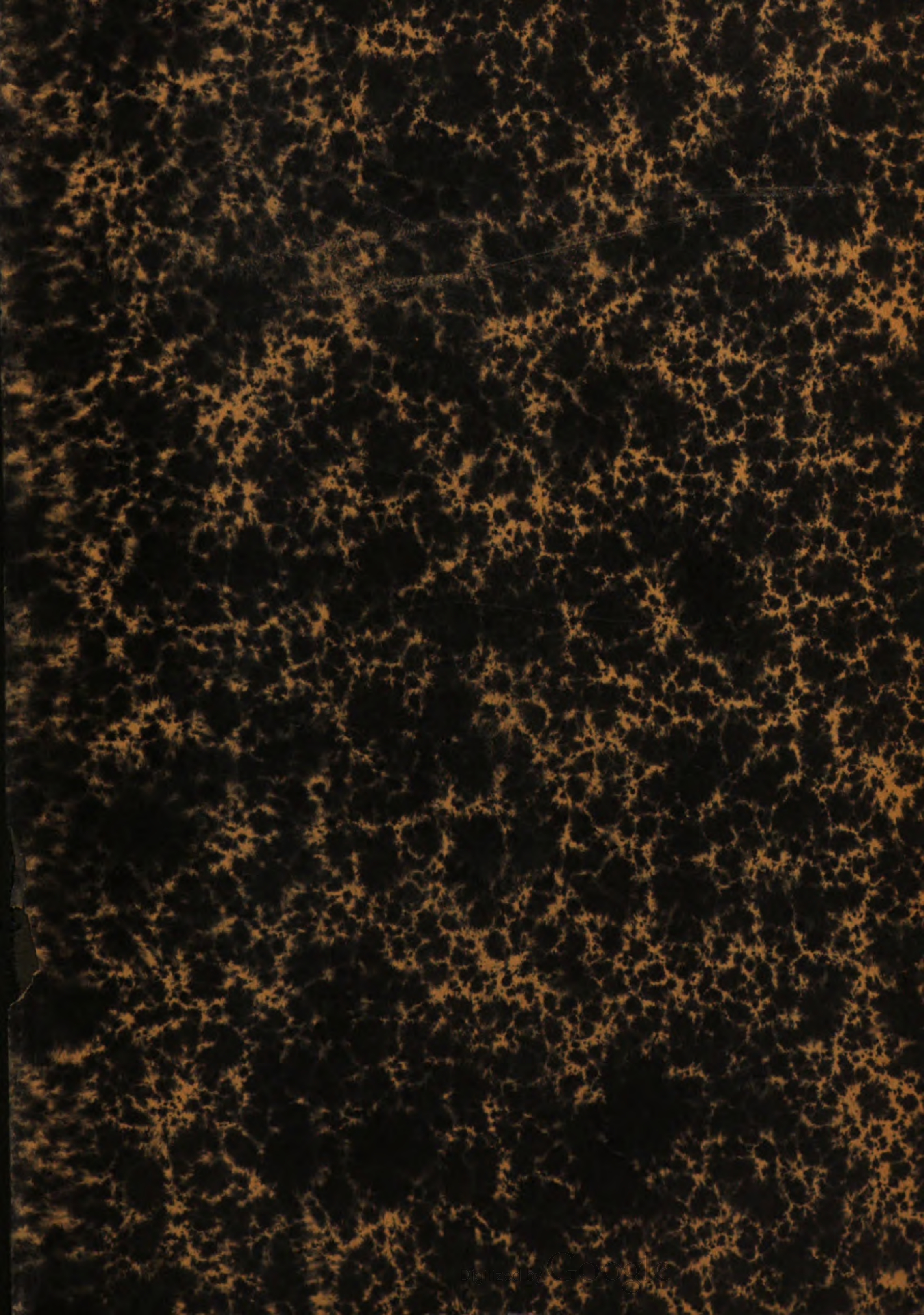







CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 093 413 148

Die

Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift

für die

gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

37. Jahrgang 1920

Berlin-Lichterfelde

Verlag der „Arbeiter-Versorgung“

Übersicht

der in den folgenden Verzeichnissen gebrauchten Abkürzungen.

AG. = Amtsgericht.
ADKK. = Allgem. OKK.
AV. = Angestelltenversicherung.
AVG. = Angestelltenversicherungsgesetz.
Bek. = Bekanntmachung.
BG. = Berufsgenossenschaft.
BKK. = Betriebskrankenkasse.
Besch. = Bescheid.
Beschl. = Beschluß.
Entsch. = Entscheidung.
Erl. = Erlaß.
Ges. = Gesetz.
JV. = Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.
KK. = Krankenkasse.
KV. = Krankenversicherung.
LG. = Landgericht.
LKK. = Landkrankenkasse.
LVA. = Landesversicherungsamt.
LVAnst. = Landesversicherungsanstalt.
MV. = Militärversorgung.
MVG. = Militärversorgungsgericht.
OKK. = Ortskrankenkasse.
OLG. = Oberlandesgericht.
OVA. = Oberversicherungsamt.
OSG. = Oberschiedsgericht für AV.
Ref. = Refurs.
Rev. = Revision.
RG. = Reichsgericht.
RMVG. = Reichs-MVG.
RVA. = Reichsversicherungsamt.
RVAnst. = Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.
RVG. = Reichsversorgungsges.
RVO. = Reichsversicherungsordnung.
SG. = Schiedsgericht für AV.
Urt. = Urteil.
UV. = Unfallversicherung.
VA. = Versicherungsamt.
VAnst. = Versicherungsanstalt.
Vo. = Verordnung.

Übersicht
derjenigen Gesetze, Verordnungen und Bekanntmachungen, aus denen im Jahrgang 1920 Vorschriften erörtert sind.

Reichsversicherungsordnung.

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
3	299, 579.	132	187.		288, 325, 437, 444, 445,
4	30, 504.	135/136	429.		467, 468, 500, 547, 593,
4—34	98.	136	583.		626.
5	29.	137/138	579.	180/181	44, 280.
8	29, 30.	141	577, 659, 711.	182	18, 20, 59, 67, 78, 96,
11	100, 299.	147	19, 439, 445.		99, 119, 120, 149, 160,
13	40, 463.	147/148	583.		180, 237, 240, 259, 339,
15	464.	150	165.		399, 439, 449, 479, 512,
16	461.	153 ff.	148, 210, 318, 327, 447.		519, 558, 559, 560, 579,
17	29.	154	426.		597, 598, 609, 610, 630,
21	29, 140, 200, 257, 464.	159	240, 277, 426, 636.		638, 642, 656, 659, 680,
23	446, 505, 537.	160	360, 421, 460, 588, 600,		682, 684, 686, 688, 697,
24	29.		648, 699.		698, 699, 700, 711.
25	440, 601.	162	240.	182 ff.	60, 66, 100, 128, 132,
26	502, 505.	163	357.		170, 300, 312, 427, 538,
26/27	524.	165	49, 50, 55, 67, 78, 99,		560, 580, 620, 712.
28	29, 40, 256, 272, 539,		100, 170, 184, 199, 242,	182—194	319, 400.
	619.		245, 256, 258, 266, 267,	183	260, 340, 382, 428, 440,
29	40, 280, 584.		278, 300, 327, 329, 380,		519, 586, 658, 660, 671,
30	658.		388, 399, 427, 437, 439,		684, 685.
30/31	169, 289, 392, 537, 605,		440, 460, 500, 520, 527,	184	90, 226, 244, 251, 258,
	712.		532, 559, 568, 572, 577,		440, 468, 480, 559, 560,
31	6, 505.		588, 599, 600, 606, 619,		569, 585, 590, 610, 643,
34	658.		636, 639, 647, 648, 657,		646, 684, 697, 711.
39	375, 622, 675.		659, 668 688, 700.	185	521, 618, 711.
68/69	375.	168	80, 437, 439, 709.	186	149, 257, 389, 390, 460,
80	286, 346.	168/169	170, 617.		480, 559, 684, 711.
86	23.	169	20, 66, 86, 100, 198, 236,	187	78, 193, 194, 260, 380,
115	529, 539, 579.		256, 268, 360, 400, 440,		682.
115—117	86, 110, 429, 577.		512, 540, 546, 558, 688.	187/188	427, 586, 712.
116	712.	169 ff.	80, 207, 297, 619, 620,	188	160, 259, 558, 560, 600,
117	278.		644.		684, 685, 711.
118/119	292, 350.	170	359.	189	67, 686.
119	80, 85, 188, 297, 480,	171	520.	190/191	686.
	493, 559, 578, 597.	172	100, 236, 241, 242, 256,	191	427, 459, 500, 512, 580,
119—121	83, 294, 345.		259, 388.		599, 712.
120	82, 370.	173	278, 546.	192	160, 242, 485, 560.
122	20, 540, 602.	174	478.	193	60, 78, 100, 193, 194,
123	15, 707.	175	238, 546.		339, 340, 391, 444, 448,
124/125	429.	176	18, 60, 100, 148, 239,		538, 577, 579, 627, 646,
124—134	581.		240, 277, 299, 300, 327,		682, 684.
125	120, 558.		440, 444, 459, 460, 500,	194	149, 244, 286, 460, 480,
127—134	429.		518, 600.		559, 658, 687.
128	187.	178	459.	195	16, 31, 57, 59, 75, 95,
129	586.	179	31, 66, 79, 180, 348, 511,		220, 237, 255, 348, 578,
131	173, 670.		560, 580, 688.		596, 636, 640, 679.
131 ff.	52, 586.	180	67, 176, 228, 239, 287,	195 ff.	57, 249.

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
195a	1, 8, 16, 26, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 58, 74, 75, 76, 96, 97, 118, 119, 120, 122, 138, 140, 141, 144, 159, 202, 204, 208, 217, 219, 220, 237, 240, 255, 281, 284, 297, 302, 348, 359, 409, 419, 420, 436, 458, 479, 493, 520, 539, 559, 564, 590, 596, 598, 637, 640, 642, 656, 657, 671, 690, 698.	205d	1, 34, 38, 39, 57, 119, 139, 318, 350, 378, 408, 512, 539, 580, 645.	250	299.
195a ff.	178, 291, 350, 378, 519, 540, 597, 679.	206	2, 13, 49, 440, 579, 637.	258	438, 531, 557.
195b	32, 217, 236, 282, 301, 304, 379, 398, 419, 517, 671.	207	583, 685, 687.	259 ff.	637.
195c	32, 38, 39, 58, 75, 119, 138, 219, 409, 493, 558, 590, 640.	208	584, 587, 640, 712.	260	584.
195d	217, 304, 565.	208/209	686.	264—279	367, 588.
196	57, 219, 521, 558.	210	286, 292, 302, 350, 378, 400, 680, 686.	267	350.
196/197	292, 349, 540.	211	199, 200, 318, 340, 380, 399, 400, 442, 458, 466, 510, 637.	269	98.
197	1, 4, 14, 15, 32, 38, 58, 77, 95, 96, 119, 158, 159, 178, 205, 219, 236, 254, 283, 297, 298, 318, 348, 358, 378, 420, 436, 478, 479, 494, 506, 559, 580, 596, 639, 659, 671, 697.	211/212	538, 686.	278	80, 530.
198	58, 220.	212	4, 13, 15, 34, 58, 75, 159, 205, 231, 236, 254, 283, 298, 304, 420, 436, 459, 460, 503, 580, 639, 671.	273—274	279.
199	292.	213	140. 280, 587.	280	375, 503.
201	49, 510, 511, 630.	214	1, 13, 15, 40, 59, 66, 77, 79, 100, 119, 139, 158, 159, 204, 212, 217, 220, 231, 241, 242, 255, 258, 300, 318, 319, 390, 400, 419, 437, 440, 484, 494, 498, 520, 532, 579, 583, 587, 656, 686.	281	367.
201/202	212, 708.	215	18, 539, 684, 685, 687.	281/282	279.
202	318, 400.	216	34, 205, 236, 255, 280, 349, 611,	284	279, 375.
202/203	319.	216/217	179, 206, 218, 292, 350, 512, 686.	284 ff.	503.
203	49, 189, 278, 298, 491, 532, 669.	217	448, 685.	285 ff.	99.
204	212, 511, 708.	218	205.	288/289	400.
205	33, 38, 58, 96, 118, 124, 139, 220, 349, 475, 577, 589, 642, 660, 680.	219	148, 200.	290	19.
205a	1, 13, 16, 33, 34, 38, 39, 50, 57, 58, 74, 75, 76, 95, 97, 118, 119, 138, 139, 140, 141, 144, 158, 159, 178, 180, 212, 217, 219, 220, 230, 231, 236, 237, 254, 255, 284, 293, 297, 302, 304, 359, 409, 420, 436, 479, 512, 539, 558, 560, 564, 579, 580, 596, 598, 637, 640, 943, 645, 656, 657, 658, 659, 679, 690, 697, 699.	219 ff.	35, 218, 259, 282, 685, 686.	291	503.
205a ff.	96, 292, 349, 493, 636.	221	179, 685.	293	503.
205b	16, 34, 77, 218, 457, 558, 712.	222	148, 218, 325, 330, 479, 506, 685, 686.	297	504.
205b/c	305. 379.	223	189, 278, 470, 532, 584, 585, 637.	297 ff.	375.
205c	34, 35, 56, 76, 92, 124, 140.	223/224	292, 350.	298	367, 400, 503, 530.
		224	14, 96, 130, 292, 330, 349, 447, 506, 580, 679.	300	375, 538, 580.
		225	34, 299, 320, 348, 519, 559, 579, 603.	301	360.
		226	367.	303	80, 279, 360, 375.
		228	279.	306	49, 440, 560, 600, 637, 657.
		231	675.	309	637, 638.
		231—233	239.	310	60, 123, 148, 440, 459, 589, 685, 686.
		234	149, 210, 327, 447.	311	17, 59, 77, 139, 258, 267, 268, 269, 320, 400, 419, 510, 569, 579, 583, 656, 700, 708.
		235	299, 300.	312	40, 240, 390, 548, 600, 638.
		238	239.	313	18, 25, 26, 40, 77, 79, 86, 112, 139, 140, 148, 180, 184, 229, 239, 241, 242, 255, 266, 288, 297, 320, 367, 380, 428, 438, 439, 440, 444, 494, 510, 518, 532, 547, 569, 583, 600, 620, 636, 639, 646, 655, 657, 679, 700.
		241	279.	313/314	459, 656, 708.
		243	560.	314	239, 319, 360, 458, 469.
		243—245	299.	315	199, 587, 619.
		244	559.	317	19, 39, 88, 150, 180, 229, 238, 268, 399, 518, 582, 593, 600.
		245	279.	317 ff.	269, 619.
		245—246	530.	318	77, 228, 288, 326, 466.
		249	360.	320	5, 30, 519, 675.
				321	239, 277, 441.
				324	280, 410, 441, 444, 467, 519, 583, 627.
				326	5, 289, 442, 443, 444, 583, 605.
				327 ff.	98.
				328/329	463.
				330/331	619.

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
842	582.
850	585.
870	405.
883	434.
898	9, 279.
899	189, 350.
901	7, 8, 189.
902	188.
903	69, 70.
906	583.
907	69, 70, 584.
912	425.
924	650.
930	188.
930 ff.	657.
936	165, 362.
940	164.
942	251.
951	251.
956	603.
978	585.
979	585.
1016	583.
1023	582.
1042	188, 583.
1046	357.
1046 ff.	182.
1071	182.
1078	582.
1099	585.
1118	603.
1147	585.
1149	585.
1152	585.
1166	583.
1172	583.
1176	582.
1219	583.
1226	45, 242, 262, 388, 594, 606, 700.
1234	513, 546, 549, 568.
1234/1235	80.
1235	242.
1237	80.
1245	45, 125, 271.
1246	44.
1248	250.
1252	314.
1253	256, 546, 584.
1255	88, 114, 250.
1258	256.
1259	190, 287, 570.
1264	314.
1265/1266	513.
1269	193, 251.
1269 ff.	250.
1271	389.
1274	54, 155, 193, 197, 523.
1275	84.
1276	83.
1276/1277	82, 370.

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
1277	29, 84, 86, 156, 524.
1278	492.
1280	191, 491, 585.
1280 ff.	64, 593.
1281	594.
1283	445, 491.
1285	125, 250, 263.
1288/1289	125, 250, 263.
1290	18.
1291	109, 249, 250, 263.
1293	125.
1295	570.
1296	125, 546.
1297	250.
1298/1299	106, 110.
1299	190.
1304	524.
1305	524.
1308	287.
1311	125, 256, 294, 346.
1311 ff.	106, 108, 109.
1312	85.
1312/1313	404.
1315	404.
1316	125.
1316/1317	109.
1324	85, 108.
1326	603.
1336	37.
1338	29, 522.
1341	29.
1341/1343	29.
1343	522.
1344	30.
1346/1347	29, 521.
1348	30, 521.
1349	29.
1353/1354	521.
1360	603.
1360—1380	125.
1369/1370	18.
1372	18.
1392	125, 250, 370, 509.
1393	242, 250, 594.
1393/1394	460.
1396	262.
1396/1397	403.
1397/1398	125.
1400	193, 521, 525.
1402	263.
1416	585.
1418	313.
1420	191.
1423	313.
1426	501.
1430	525.
1440	250.
1442	585.
1443	191, 584.
1444	585.

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
1445	472.
1446	584, 585.
1447	176, 478.
1449	478.
1455	370.
1459	287, 551.
1462	584.
1464	584.
1467	287, 347.
1472 ff.	250.
1484	669.
1488	287, 424, 425, 445.
1493	425.
1494	287.
1501	190, 294, 320, 346, 499, 646.
1501 ff.	171, 199, 259, 339, 450, 657.
1503	14, 19, 254, 259, 325, 360, 560, 597.
1505	646, 649, 650.
1506	60, 597.
1506/1507	83, 559, 698.
1508	450, 583, 670.
1509	188.
1511	149, 294. 346.
1512	582, 583.
1513	71, 246, 280, 325, 434, 711.
1514	669.
1515	71, 499.
1516	669, 698.
1518	480, 584, 659.
1521	670.
1522	109, 256, 287, 294, 346, 571, 649.
1523	188.
1526	570.
1528	131, 331, 584.
1528/1529	294, 346.
1531	82, 83, 85, 106, 109, 244, 294, 346, 370, 533, 559, 669, 698.
1531 ff.	59, 100, 131, 132, 218, 278, 284, 292, 331, 350, 584, 597, 670.
1532	260.
1532/1533	560.
1533	19, 59, 189, 260, 559, 578, 698.
1536	82, 83, 85, 109, 370.
1538	188.
1539	189, 532, 584, 646, 669, 670.
1540	190, 285, 331.
1541	82, 85, 109, 188, 370.
1541/1542	294, 346.
1542	20, 34, 38, 39, 56, 57, 73, 92, 97, 123, 173, 200, 206, 209, 210, 218, 237, 240, 244, 249, 254,

Einführungsgesetz zur RVO.

Bek. des Reichskanzlers, betr. Wochenhilfe während des Krieges

vom 3. Dezember 1914.

Bek. des Reichskanzlers über KV. und Wochenhilfe während des Krieges

vom 28. Januar 1915.

Bek. des Reichskanzlers, betr. Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges

vom 23. April 1915.

Bürgerliches Gesetzbuch.

Handelsgesetzbuch.

Gewerbeordnung.

Verzeichnis der Abhandlungen und Sprechsaal-Erörterungen.

I. Allgemeines oder für mehrere Gebiete Gemeinschaftliches.

II. Krankenversicherung.

III. Unfallversicherung.

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

V. Militärversorgung.

Mitteilungen. Kurze Erörterungen.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

II. Krankenversicherung.

III. Unfallversicherung.

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

V. Angestelltenversicherung.

VI. Militärversorgung.

VII. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Gesetzgebung und Verwaltung.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

II. Krankenversicherung.

III. Unfallversicherung.

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

V. Angestelltenversicherung.

VI. Militärversorgung.

Entscheidungen.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

II. Krankenversicherung.

III. Unfallversicherung.

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

V. Angestelltenversicherung.

VI. Militärversorgung.

VII. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Angezeigte Schriften.

Wortverzeichnis.

(Die Zahlen verweisen auf die Seiten.)

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1267 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 2. Januar 1920 | Heft 1

Zum Gesetz vom 26. 9. 1919 über Wochenhilfe und Wochenfürsorge.

I

Vom Geschäftsführer Streit in Jena.

Die zum Teil einander widerstreitenden Auslegungen, welche das Gesetz in seinen Zweifel bietenden Punkten bisher von sachkundiger Seite erfahren hat, können natürlich die Praxis in keiner Weise befriedigen. Der Gesetzgeber wird sich daher wohl oder übel, und zwar in aller Kürze mit dem Gedanken vertraut machen müssen, um einer Fülle von Rechtsstreitigkeiten vorzubeugen, hierzu Stellung zu nehmen und seinen tatsächlichen Willen klar und einwandfrei zum Ausdruck zu bringen.

Im Abschnitt II z. B. über die Familienwochenhilfe nötigt der erste Satz des § 205 a zu einer anderen Fassung. Das verfängliche Wort „Versicherungsfreie" muß verschwinden. Vielleicht läßt sich folgende Fassung erwägen: „Versicherungslose oder nicht anspruchsberechtigte versicherte Ehefrauen usw. der Kassenmitglieder". Bei dieser Gelegenheit empfiehlt sich gleich, die Leistungen der Familienwochenhilfe an eine angemessene Wartezeit zu knüpfen, um die von den Kassen als ein Unrecht empfundene Belastung in solchen Fällen, in denen die Mitgliedschaft überhaupt nur kurze Zeit besteht und auch sonst eine Erstattung (§ 197 RVO.) nicht Platz greift, wieder aufzuheben. Dies könnte auf einfache Art geschehen, nämlich durch eine Ergänzung des § 205 d etwa in der Form: „Die Leistungen der Kasse nach § 205 a werden ihr, sofern bei dem Kassenmitglied die Voraussetzungen des § 195 a Abs. I zutreffen, zur Hälfte, im übrigen voll durch das Reich erstattet."

Ferner ist es angezeigt, um auch darüber Irrtümer zu beseitigen, im § 205 a zu bestimmen, wem eigentlich der Anspruch auf die Leistungen gebührt, ob dem Familienmitglied oder dem Kassenmitglied. Nach der einen Meinung gilt die Familienwochenhilfe als eine Regelleistung an das Kassenmitglied mit der Wirkung, daß ihm auch bei seinem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft gemäß § 214 RVO. der Anspruch darauf verbleibt. Andere wiederum vertreten die Ansicht, daß die Wochenhilfe einen selbständigen Fürsorgeanspruch der Familienangehörigen bilde, der nur so viel mit dem Familienhaupt gemeinhabe, als er lediglich dessen Mitgliedschaft bedinge. Diese Ansicht scheint mir die richtige. Denn nach dem Wortlaut des Gesetzes erhält nicht das Kassenmitglied (der Versicherte) für seine Angehörigen die Wochenhilfe, vielmehr die Ehefrau usw. des Mitgliedes (Versicherten) für ihre Person, und zwar analog der Wochenfürsorge im Abschnitt III, § 17, wo unter Nr. 1 ebenso der „Wöchnerin" der Anspruch gewährt wird und nicht dem Ehemann. Wie dort von der Kassenmitgliedschaft, so hängt hier der Anspruch von der

Minderbemitteltheit ab. Anspruchsberechtigt selbst ist hier wie dort die Wöchnerin.

In den Erläuterungen zum Wochenhilfegesetz von Dr. Hoffmann wird auf S. 35 gesagt, daß der Anspruch auf Wochenhilfe nach § 205 a nur begründet ist, wenn zur Zeit der Schwangerschaft oder der Niederkunft das Familienhaupt Mitglied ist und daß der Anspruch nicht durch spätere Mitgliedschaft für den Rest der Bezugszeit erworben wird. Wenn nun, wie in diesem Falle, der Anspruch deshalb verneint wird, weil das Familienhaupt zur Zeit des Ereignisses noch nicht Kassenmitglied war, so kann m. E. ein Anspruch auch nicht in Frage kommen, wenn es diese Eigenschaft in jener Zeit nicht mehr besitzt und nur noch möglicherweise eine verlängerte Versicherung ohne Kassenmitgliedschaft auf Grund des § 214 besteht. Denn fehlt für den § 206 RVO., welcher vorschreibt, daß der Anspruch Versicherungspflichtiger auf die Regelleistungen mit ihrer Mitgliedschaft entsteht, die Anwendungsmöglichkeit, so muß dies im selben Maße für den § 214 RVO. gelten.

Wie stellt man sich ferner den Fällen gegenüber, in denen die Mitgliedschaft des Familienhauptes während des Bezugs der Wochenhilfe erlischt? Auch da gehen die Anschauungen auseinander. Will man den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung sinngemäße Anwendung einräumen, so läuft der Anspruch bis zum Ende seiner Dauer fort, sonst hört er eben mit der Beendigung der Mitgliedschaft auf. Nach § 205 a erhalten indes nur Familienmitglieder der „Versicherten" die Leistungen der Wochenhilfe. Der Gesetzestext läßt keinen Zweifel, daß nur von tatsächlich „Versicherten" der Anspruch abgeleitet werden kann.

Die Schlußvorschriften des Gesetzes im Abschnitt V fordern nicht minder zu einer kritischen Betrachtung heraus. § 24 Abs. 1 bestimmt, daß die Vorschriften der §§ 8, 9 mit der Beendigung des Krieges in Kraft treten. Obwohl hierüber Klarheit herrschen sollte, weil der Krieg formal noch nicht beendet ist und es dazu erst einer besonderen Verordnung der Reichsregierung bedarf, kreuzt sich trotzdem in dieser Beziehung mancherlei Meinung. Man wird es aber ruhig verantworten können, den beiden erwähnten Paragraphen vorderhand noch keine Beachtung zu schenken.

Der letzte Satz im Abs. II hingegen ist ein Problem, welches den zur Durchführung seines Inhalts berufenen Kassenbeamten ernstes Kopfzerbrechen verursacht. Seinem strengen Wortlaut nach gelangt man zu dem Ergebnis, daß bei einer Wöchnerin, die am 5. August geboren hat und bei der die Bezugsdauer für das Wochengeld am 30. September abgelaufen ist, diese Leistung bis zum 1. Oktober, also für einen Tag weiterzugewähren ist. Ein solches Ergebnis wird sich freilich kaum mit der Absicht des Gesetzgebers decken, die gewiß auf eine etwas umfangreichere Vergünstigung der Wöchnerin abzielte. Deshalb liegt es nahe, den Satz so aufzufassen, wie er dem persönlichen Gefühl Rechnung trägt, daß der Wöchnerin, welche am 1. Oktober die Leistungen für 10 bzw. 12 Wochen noch nicht bezogen hat, der Anspruch darauf über den 1. Oktober hinaus, bis zur Erfüllung der verlängerten Bezugszeit gewahrt bleibt.

II

Von Stadtsekretär Büttner in Elbing.

Über die Mängel des Gesetzes ist schon so viel geschrieben worden, daß es sich nicht lohnt, nochmals darauf einzugehen. Auch die Ausführungsbestimmungen des Reichsarbeitsministers vom 30. September 1919 sind so mangelhaft, daß sie für die praktische Durchführung des Gesetzes keinen Fingerzeig geben. Im nachstehenden führe ich aus, wie hier in Elbing die Durchführung erfolgt. Vielleicht können diese Zeilen für viele eine

Anregung sein, auch ihre Erfahrungen zu veröffentlichen und manche fruchtbringende Idee der Allgemeinheit mitzuteilen.

Um die Krankenkassen und das Reich vor Verlusten zu schützen, ist hier die Anordnung getroffen, daß über jeden Anspruch, ob Wochenhilfe, Familienhilfe oder Wochenfürsorge, ein Antrag aufzunehmen ist, und zwar durch diejenige Krankenkasse, die für die Zahlung in Frage kommt. Der zu diesem Zweck hier eingeführte Vordruck (vorrätig bei der Buchdruckerei Reinhard Kühn in Elbing) enthält die sämtlichen zur Beurteilung des Falles vom Antragsteller zu beantwortenden Fragen, dann das Übersendungsschreiben an das Versicherungsamt, die Verfügung des Versicherungsamts, betreffend die Anerkennung des Anspruchs auf Familienwochenhilfe oder Wochenfürsorge, die Quittungen des Empfängers über die von der Kasse geleisteten Zahlungen, die Berechnung der Kasse über den vom Reich zu übernehmenden Anteil und die Verfügung des Versicherungsamts, betreffend die Festsetzung dieses Anteils.

Die Kassen sind so am besten und schnellsten in der Lage, die Unterlagen zu prüfen, auch ist es für die Mitglieder unserer großen Betriebskrankenkasse am bequemsten. Die Mehrarbeit, die den Kassen dadurch entsteht, ist nicht so erheblich, jedenfalls wird sie durch die Vorteile aufgewogen. Die Kassen können zum Beispiel gleich feststellen, welche andere Krankenkasse für Regreßansprüche in Frage kommt, auch werden Doppelzahlungen durch die Kontrolle des Versicherungsamts vermieden, wie weiter unten ausgeführt wird.

In vielen Orten muß die Frage, ob die Wöchnerin in häuslicher Gemeinschaft mit dem Krankenkassenmitgliede lebt, durch eine polizeiliche Bescheinigung belegt werden. In den mittleren und kleineren Orten wird man in der Regel davon Abstand nehmen können, abgesehen davon, daß die Polizei wirklich nicht verpflichtet ist, sich mit diesen Dingen zu befassen. Hier wird die Bescheinigung nur in zweifelhaften Fällen verlangt, zumal angeregt ist, den Anspruch auf Wochenhilfe vor der Entbindung anzumelden.

Jeder Antrag — auch wenn nur Wochenhilfe in Frage kommt — wird vor der Zahlung dem Versicherungsamt eingereicht. Dieses trägt jeden Fall in eine alphabetisch geführte Liste ein. Ein doppelt angemeldeter Anspruch wird nun gleich angehalten, und es werden die erforderlichen Ermittlungen angestellt. Es ist dieses für das Versicherungsamt eine Mehrarbeit, aber sie muß im Interesse der Kassen und des Reiches geleistet werden. Die Festsetzung eines Anteils des Reiches findet nur bei Familienhilfe und Wochenfürsorge statt. Hat die Wöchnerin ihren Wohnsitz außerhalb Elbings, so erhält das betreffende Versicherungsamt Nachricht behufs Mitteilung an die in Frage kommenden Stellen (Landkrankenkasse, Allgemeine Ortskrankenkasse des Wohnorts der Wöchnerin).

In normalen Fällen erhält die Krankenkasse den Antrag innerhalb 24 Stunden vom Versicherungsamt zurück, eine erhebliche Verzögerung entsteht durch die Kontrolle also nicht.

Nachdem die Krankenkasse in den Fällen der Familienhilfe und Wochenfürsorge die Zahlungen geleistet hat — Zahlungen auf Wochenhilfe nach § 195 a RVO. interessieren das Versicherungsamt nicht weiter —, wird der Antrag dem Versicherungsamt zum Zwecke der Feststellung des Reichsanteils zurückgereicht. Um nun in der Lage zu sein, etwaige Unstimmigkeiten gleich zu erledigen und Ansammlung der Erstattungsanträge zu vermeiden, ist die Anordnung getroffen worden, daß die Anträge dem Versicherungsamt gleich nach der Erledigung einzeln eingereicht werden sollen. Nach Feststellung des auf das Reich entfallenden Anteils gibt das Versicherungsamt die Anträge an die Krankenkassen zurück.

Letztere reichen in bestimmten Zeitabschnitten die Anträge gesammelt dem Versicherungsamt zur Zahlungsanweisung auf die Landesfinanzkasse ein. Der Übelstand, daß die Krankenkassen sich über die Zah-

lungen doppelt quittieren lassen müssen, muß in Kauf genommen werden, denn da der Quittungsbogen mit der Erstattungsnachweisung der Landesfinanzkasse eingereicht wird, muß die Kasse eine zweite Quittung als Rechnungsbeleg zurückbehalten. Die Krankenkassen helfen sich vielfach dadurch, daß sie sich von dem Empfangsberechtigten bei der ersten Zahlung eine Blanko-Quittung durch ihre Unterschrift in der letzten Spalte geben lassen, und nach Beendigung der Zahlungen an Wochen- und Stillgeld den Betrag summarisch eintragen. Dieses Verfahren ist zwar nicht korrekt, aber praktisch.

Bei der Ausführung des Gesetzes kommt es vor allem darauf an, unnötige Schreibereien zu vermeiden und doch sachgemäß zu verfahren. Für die Erschwerung der Ausführungen wird schon St. Bureaukratius sorgen, der auch heute noch in den oberen und unteren Regierungsstellen munter weiterlebt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Rechnungsnachweisungen der Krankenkassen.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt v. 20. November 1919 (HMBl. S. 333).

In Übereinstimmung mit dem Reichsarbeitsministerium wird genehmigt, daß die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen auch für das Jahr 1920 an Stelle der nach § 30 der Bekanntmachung vom 9. Oktober 1913 über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich S. 1009) vorgesehenen Nachweisungen lediglich den Rechnungsabschluß, die Vermögensnachweisung und die Mitgliedernachweisung — Muster 1, 2, 3a und 3b — einreichen.

Zum Gesetz über Wochenhilfe usw. vom 26. 9. 19.

Bescheid des Reichsarbeitsministers vom 5. November 1919.

Nach der „Betriebskrankenkasse" (1919 S. 179) hat eine Verbandskasse dem Reichsarbeitsministerium die folgenden drei Fragen unterbreitet:

1. Es besteht die Frage, ob die Krankenkasse einer versicherungsfreien Ehefrau im Falle der Niederkunft das Wochengeld für volle 10 Wochen und das Stillgeld für volle 12 Wochen gewähren muß, auch wenn das Kassenmitglied innerhalb dieser Frist aus der Kasse ausscheidet.

2. Hat die leistende Kasse in den für die Erstattung in Betracht kommenden Fällen den Betrag der Wochenhilfe bei den beteiligten Kassen anteilmäßig nur zur Hälfte anzufordern und die auf das Reich entfallende Hälfte diesem voll in Rechnung zu stellen, oder ist bei den beteiligten Kassen anteilmäßig der volle Erstattungsanspruch geltend zu machen und jeder dieser Kassen zu überlassen, die Hälfte ihres Anteils beim Reiche besonders anzufordern?

3. Aus dem Gesetz geht nicht hervor, ob in den Fällen der Ersatzpflicht des außerehelichen Vaters (§ 21 des neuen Gesetzes) diese Ersatzpflicht von der Kasse zu prüfen und die Einziehung der zu ersetzenden Beträge von ihr vorzunehmen ist.

Das Reichsarbeitsministerium hat folgende Auskunft erteilt:

Zu 1: Die Entbindung ist als der Eintritt des Versicherungsfalles anzusehen. Der Berechtigte hat daher Anspruch auf Gewährung der vollen Leistungen ohne Rücksicht auf die Fortdauer seiner Kassenmitgliedschaft. Zu beachten ist jedoch die Vorschrift des § 212 RVO., die auch für die hier in Rede stehenden Fälle gilt, wonach in dem Falle, in dem ein Versicherter, der Kassenleistungen bezieht, zu einer anderen Kasse übertritt, diese die weitere Leistung nach ihrer Satzung übernimmt; die Zeit der bereits genossenen Leistungen wird angerechnet.

Zu 2: Nur die leistenden Kassen — im Falle des § 212 RVO. die verschiedenen Kassen, die geleistet haben, anteilig — haben den Ersatzanspruch gegen das Reich geltend zu machen. Der Rückgriff nach § 197 RVO. beschränkt sich daher auf die Hälfte der Leistungen.

Zu 3: Eine Pflicht der Krankenkasse zur Einziehung der zu ersetzenden Beträge ist im Gesetz nicht gegeben.

Dienstordnung und Tarifvertrag.

Bescheid des Reichsarbeitsministers vom 26. November 1919 (II 6118).

Die Vorschrift der RVO. über die Erteilung der Genehmigung zu den Dienstordnungen der Krankenkassen ist durch die Verordnung über Tarifverträge, Arbeiter- und Angestelltenausschüsse und Schlichtung von Arbeitsstreitigkeiten vom 23. Dezember 1918 (RGBl. S. 1456) nicht aufgehoben. § 1 dieser Verordnung geht davon aus, daß ein Tarifvertrag geschlossen ist. Bestimmungen darüber,

unter welchen Voraussetzungen ein rechtsgültiger Tarifvertrag abgeschlossen werden kann, enthält § 1 überhaupt nicht. Für diese Frage gelten die bestehenden besonderen Bestimmungen privat- und öffentlich-rechtlicher Natur, für Krankenkassen also die besonderen Einschränkungen des § 355 RVO. Die einheitliche Handhabung der Genehmigung innerhalb der einzelnen Gliedstaaten ist durch das Recht der Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde gemäß § 355 Abs. 4 RVO. gewährleistet. Anderseits wird auch nach meinem Dafürhalten, soweit möglich, Sorge dafür zu tragen sein, daß die für Kassenangestellte abgeschlossenen Tarifverträge in ihrer Wirksamkeit nicht dadurch beeinträchtigt werden, daß das Oberversicherungsamt die Genehmigung zu dem in der Dienstordnung einer Krankenkasse enthaltenen Besoldungsplan (§§ 353, 355 Abs. 3 der RVO.) versagt. Zu diesem Zwecke halte ich es im Einvernehmen mit dem Preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe für empfehlenswert, bei der Vorbereitung von Tarifverträgen die Oberversicherungsämter in geeigneter Form zu beteiligen, um so die für den Abschluß örtlicher Tarifverträge zuständigen Stellen von vornherein über die Stellungnahme der Oberversicherungsämter zu den in dem Tarifvertrage vorgesehenen Besoldungssätzen zu unterrichten. Den Krankenkassen-Hauptverbänden werde ich entsprechende Mitteilung machen; ebenso werde ich die übrigen Landesregierungen von meiner Stellungnahme in Kenntnis setzen. Ob bei Gelegenheit der bevorstehenden Revision der RVO. die Angelegenheit anderweit zu regeln ist, bleibt der Prüfung vorbehalten.

Anordnung einer Änderung der Dienstordnung. — Verfahren.

Beschluß des bayer. Landesversicherungsamts v. 4. Januar 1919 (112 Mitt. 1919 S. 77).

Im Februar und Mai 1917 hat die Ortskrankenkasse X. beschlossen, den Angestellten Teuerungszulagen zu gewähren und demgemäß den § 4 der Dienstordnung zu ergänzen. Mit Entschließung vom 3. August 1917 erklärte das Oberversicherungsamt, daß die Ergänzung nur dann genehmigt werden könne, wenn die Bestimmung folgende Fassung erhalte:

„Wenn die Staats- oder Gemeindebeamten an dem Ort, in dem die Verwaltung der Krankenkasse geführt wird, in Zeiten allgemeiner Teuerung besondere Teuerungszulagen erhalten, so kann der Vorstand auch den Angestellten solche Zulagen bis zur Höhe der Zulagen für die Staats- und Gemeindebeamten gewähren. Weitergehende Zulagen können, vorbehaltlich gesetzmäßiger Ausnahmen, nur nach § 355 Abs. 3 RVO. gewährt werden."

Die Beschlüsse der Ortskrankenkasse entsprachen dieser Forderung, die Ergänzung der Dienstordnung wurde in dieser Fassung am 25. März 1918 vom Oberversicherungsamt genehmigt. Über die Auslegung ergab sich bald ein Streit. Das Oberversicherungsamt nahm seine Zuständigkeit zur Prüfung und Genehmigung des entsprechenden Vorstandsbeschlusses in Anspruch, während der Vorstand einer Prüfung durch das Oberversicherungsamt widersprach. Durch Entschließung vom 23. August 1918 forderte deshalb das Oberversicherungsamt den Kassenvorstand auf, eine ordnungsmäßige Beschlußfassung über die Streichung der Bestimmung herbeizuführen. Der Vorstand verhielt sich ablehnend. Daraufhin ordnete das Oberversicherungsamt durch Beschluß vom 19. Oktober 1918 die Streichung an. Die hiergegen erhobene Beschwerde ist für begründet erachtet worden aus folgenden Gründen:

Das Oberversicherungsamt hat sein Verfahren offenbar auf § 356 RVO. gestützt. In solchen Fällen ist nach allgemeinen Annahmen Aufsichtsbeschwerde möglich (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. zu § 356; Hoffmann, Kommentar, Anm. 5 zu § 356). Zur Entscheidung ist die oberste Verwaltungsbehörde berufen. Die Zuständigkeit des Landesversicherungsamts ergibt sich aus der Entschließung des Ministeriums für Soziale Fürsorge vom 5. Dezember 1918, „Bayer. Staatszeitung" Nr. 389 vom 12. Dezember 1918 (vgl. auch den Beschluß des Landesversicherungsamts vom 23. Juli 1917, Mitt. 1917 S. 146 Z. 86).

Ob die Aufsichtsbeschwerde wirklich fristlos ist, wie Hahn und Hoffmann am angegebenen Ort annehmen, braucht hier nicht weiter untersucht zu werden, denn die Beschwerde gegen den Beschluß vom 19. Oktober ist jedenfalls innerhalb Monatsfrist eingelegt; und wenn auch die Erklärung vom 9. Oktober nicht innerhalb einer Monatsfrist nach der Zustellung der Entschließung vom 23. August an das Oberversicherungsamt gelangte, so kann hier doch nicht mit dem Oberversicherungsamt daraus gefolgert werden, daß die Entschließung vom 23. August rechtskräftig geworden sei. Auf den Vollzug des § 356 dürfen nicht ohne weiteres die Regeln übertragen werden, wie sie § 326 für die Abänderung der Satzung aufstellt (vgl. Hahn Anm. 2 zu § 326). Das Recht der Dienstordnung ist nicht den Bestimmungen über die Satzung nachgebildet, vielmehr sind beide Rechtsgebiete verschiedenartig geordnet. So kann z. B. die Genehmigung der Satzung nur durch die Beschlußkammer versagt werden, während das Gesetz die Versagung der Genehmigung einer Dienstordnung nicht der Beschlußkammer zuweist. Auch wird im Fall einer Säumnis der verpflichteten Organe die Satzung durch das Versicherungsamt errichtet (§ 320 Abs. 3 RVO.), während im gleichen Fall die Dienstordnung durch das Oberversicherungsamt festgestellt wird. Nach einer Bemerkung in der Begründung zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung S. 209 ist die Bestimmung des § 356 den Vorschriften über die Krankenordnung angeglichen. Es geht also nicht an, das Verfahren des Oberversicherungsamts nach den Grundsätzen des § 326 in zwei verschiedene Teile zu spalten, vielmehr bilden die Entschließungen vom 23. August und 19. Oktober zwei untrennbare Teile eines zu-

zusammenhängenden Verfahrens, das erst mit dem Beschluß vom 19. Oktober beendet wurde. Die gegen diesen Beschluß eingelegte Beschwerde richtet sich also auch gegen die erste Entschließung.

Bei der sachlichen Prüfung ist im Gegensatz zu Hoffmann (a. a. O.) davon auszugehen, daß die Zuständigkeit der Beschwerdeinstanz den ganzen Inhalt des beschwerenden Beschlusses, nicht bloß das Verfahren des Oberversicherungsamts, erfaßt. Wenn die Feststellung des Oberversicherungsamts in § 356 als rechtsverbindlich bezeichnet wird, so bedeutet das nur, daß die Feststellung alle Beteiligten und die Behörden bindet, soweit sie in der Beschwerdeinstanz nicht abgeändert wird. Die Befugnisse der Beschwerdeinstanz können aber durch diesen Ausdruck in keiner Weise beeinträchtigt werden; ein derartiger Wille des Gesetzgebers müßte im Gesetz selbst Ausdruck gefunden haben.

Dieses gibt auch keinen Anhaltspunkt, unter welchen Voraussetzungen Änderungen der Dienstordnung angeordnet werden dürfen. Auch die Gesetzgebungsverhandlungen geben keine Aufschlüsse nach dieser Richtung. Die Begründung S. 209 spricht nur von den „für die Dienstordnung nötigen Änderungen". Der Bericht der Reichstagskommission, Teil 2, S. 261, enthält überhaupt nichts. Jedenfalls fehlt eine Bestimmung, die dem § 326 entspräche. Dieser Paragraph kann auch nicht zur Auslegung herangezogen werden. Es kann dahin gestellt bleiben, ob die Anordnung einer Änderung oder Ergänzung der Dienstordnung nur in solchen Fällen zulässig ist, in denen die Dienstordnung den gesetzlichen Anforderungen nicht entspricht, oder ob dies auch aus Zweckmäßigkeitsgründen geschehen kann; jedenfalls geht das Oberversicherungsamt zu weit, wenn es die Aufhebung einer Bestimmung fordert, weil sie „Anlaß zu einer mißverständlichen Auffassung gibt". Einer solchen Auffassung ist wohl jede gesetzliche Vorschrift ausgesetzt. Eine mißverständliche Auffassung ist aber in erster Linie durch eine verständige Auslegung zu beseitigen. Daß eine verständige Auslegung der beanstandeten Bestimmung nicht möglich wäre, hat das Oberversicherungsamt in keiner Weise dargetan. Selbstverständlich darf bei der Anwendung der beanstandeten Vorschrift, wie überhaupt bei der Verwaltung der Angelegenheiten der Kasse, keine Willkür des Vorstands Platz greifen. Der Vorstand ist zu getreuer Geschäftsverwaltung verpflichtet und muß die Interessen der Kasse nach jeder Richtung wahren. Die Angestellten sind ja um der Kasse willen da, nicht umgekehrt (vgl. Begründung S. 208). Zum Kassenvorstand darf im allgemeinen wohl vertraut werden, daß er sich seiner Pflicht bewußt bleibt. Eine aufsichtliche Einwirkung in dieser Beziehung steht aber zunächst dem Versicherungsamt zu, das den Vollzug der Dienstordnung zu überwachen hat und auch zu diesem Zweck die Vorlage aller Verhandlungen fordern darf (§ 31 RVO.). Ein unmittelbares Eingreifen des Oberversicherungsamts in den Vollzug der Dienstordnung wird deshalb in der Regel nicht nötig sein. Daher waren der Beschluß des Oberversicherungsamts vom 19. Oktober und dessen Entschließung vom 23. August 1918 aufzuheben.

B. Zur Unfallversicherung.

Unfall auf der Fahrt zur Arbeitsstätte als Betriebsunfall, wenn die Fahrt auf die Arbeitszeit angerechnet und bezahlt wird.

Urteil des **Oberversicherungsamts Arnsberg** vom 18. Oktober 1919.

Die Entscheidung darüber, ob der tödliche Unfall, welchen C., wie im Gegensatz zu den Ausführungen des angefochtenen Bescheides zweifelsfrei feststeht, auf der Hinfahrt zur Arbeit auf der Straßenbahn erlitten hat, als Betriebsunfall angesehen werden kann, hängt von der Beurteilung der Frage ab, ob die in Rede stehende Fahrt des C. lediglich seinem eigenwirtschaftlichen Interesse oder bereits im Interesse des Betriebes unternommen war. Dies letztere würde unbedenklich angenommen werden müssen, wenn die Fahrzeit als Arbeitszeit erachtet und entsprechend bezahlt worden wäre. Hierüber hat der Betriebsunternehmer Bl. verschiedene, mitunter im Widerspruch stehende Angaben gemacht. Bei seiner ersten Vernehmung am 25. April 1919 hat er behauptet, daß von ihm nur die Hälfte der Fahrzeit, welche die Wege von und zur Arbeitsstätte beanspruchten, als Arbeitszeit bezahlt worden wäre, während er sich auf Befragen unterm 18. September 1919 dahin äußerte, daß die Bezahlung der Arbeitsstunden mit der täglichen Fahrzeit nichts zu tun habe. Er will seinen Arbeitern lediglich den Fahrpreis für die Benutzung erstattet und den besseren von ihnen eine Zulage in der Weise gewährt haben, daß er ihnen den Arbeitslohn für einzelne Stunden mehr, als sie durch ihre Arbeitstätigkeit verdient hatten, auszahlte.

Demgegenüber hat der Arbeiter Pr. bei seiner Vernehmung am 23. August 1919 erklärt, daß der Betriebsunternehmer Bl. seine Arbeiter, zu denen er gehört habe, angewiesen hätte, jeden Morgen, wenn möglich, den Arbeiterwagen der Straßenbahn für die Fahrt zur Arbeitsstätte in C. zu benutzen. Dies Fahrgeld habe Bl. regelmäßig erstattet. Außerdem habe er seinen Arbeitern den Stundenlohn für zwölf Stunden bezahlt, obgleich die eigentliche Arbeitszeit nur neun Stunden gedauert habe. Er habe also

drei Stunden, welche die Hinfahrt nach und die Rückfahrt von der Arbeitsstelle beanspruchte, als Arbeitszeit angerechnet und entsprechend bezahlt.

Auf Grund dieser einwandfreien Aussagen des Pr., die auch mit Rücksicht auf den in ähnlichen Fällen bei auswärtigen Bauarbeiten notorisch üblichen Zahlungsmodus durchaus glaubwürdig sind, gelangte das Oberversicherungsamt unbedenklich zu der Überzeugung, daß C. schon während der Hinfahrt nach der Arbeitsstelle als ein im Betriebe des Bauunternehmers Bl. beschäftigter Arbeiter anzusehen war, und daß infolgedessen der tödliche Unfall, welcher ihm auf dieser Fahrt zustieß, als ein Betriebsunfall gelten müsse.

Hiernach erscheint der Anspruch der Klägerin auf Erstattung des von ihr gezahlten Sterbegeldes in Höhe von 200 *M* gerechtfertigt, und war daher, wie geschehen, zu erkennen.

An außergerichtlichen Kosten hat die Beklagte der Klägerin den angemessenen Betrag von 37 *M* zu erstatten.

Betriebsunfall durch Trinken einer im Betriebe verwendeten gesundheitsschädlichen Flüssigkeit.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 15. Januar 1919.

Der Tod des Verzinkers Br. ist darauf zurückzuführen, daß Br. am 2. Juni 1917 versehentlich Terpenzinol getrunken hat. Mit der ätzenden Flüssigkeit ist der Verstorbene durch seine Tätigkeit im Betriebe der Firma N. N. in K. in Berührung gekommen. Das Terpenzinol hat sich in einer Flasche befunden. Br. hat ihren Inhalt für Selterswasser gehalten. Die Verwechslung ist dadurch begünstigt worden, daß es sich tatsächlich um eine Mineralwasserflasche gehandelt hat, die Flasche mit einem besonderen Merkzettel nicht versehen, ihr Inhalt aber klar und geruchlos gewesen ist. Das Terpenzinol war den Arbeitern der Zinkerei von dem Betriebe ausdrücklich zur Verfügung gestellt worden, weil sich die Verzinker vor den Eß- und Kaffeepausen und dem Verlassen der Betriebsstätte zum wenigsten die Hände reinigen müssen. Zu Unrecht macht also die Beklagte geltend, das Terpenzinol habe keinem Betriebszwecke gedient. Der Verstorbene ist nach alledem zweifellos einer durch den Betrieb geschaffenen Gefahr erlegen. Im Hinblick darauf hat auch das Reichsversicherungsamt keine Bedenken getragen, einen entschädigungspflichtigen Betriebsunfall für vorliegend zu erachten. Dieser Auffassung stand der Umstand nicht entgegen, daß sich Br. den in Rede stehenden Körperschaden zugezogen hat, als er lediglich ein leibliches Bedürfnis befriedigen wollte. Die Annahme, daß sich der Verstorbene durch den Versuch, seinen Durst zu löschen, vom Betriebe losgelöst habe, ließ sich um so weniger rechtfertigen, als das Durstgefühl offenbar durch die Arbeit im Betriebe hervorgerufen worden war. Der von den Klägern geltend gemachte Entschädigungsanspruch ist hiernach vom Oberversicherungsamt mit Recht als begründet angesehen worden. (B r e i t h a u p t.)

Schlachten und Zerlegen eines Schweines als landwirtschaftliche Betriebstätigkeit.

Rek. Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** v. 30. Januar 1919 (1501 Mitt. 1919 S. 67).

Die Frage, ob das Schlachten dem landwirtschaftlichen Betriebe zuzurechnen sei, hat das Oberversicherungsamt verneint, indem es meint, sich auf die Rechtsprechung des Bayer. Landesversicherungsamts stützen zu können, obschon es anerkennt, daß nach der Anschauung des Reichsversicherungsamts der Unfall des Peter K. noch dem l a n d w i r t s c h a f t l i c h e n Betriebe zuzurechnen wäre.

Das Oberversicherungsamt hat nun zwar zutreffend die Rechtsauffassung des Reichsversicherungsamts dahin dargelegt, daß dieses das Schlachten, d. h. die Tötung eines Schweines bei dem Schlachtgeschäft als eine noch landwirtschaftliche Tätigkeit anerkannt hat, wenn das Tier in der eigenen Landwirtschaft gezüchtet war, und daß es das Schlachten eines so gezogenen Tieres als den Abschluß der auf die Gewinnung des Fleisches gerichteten landwirtschaftlichen Tätigkeit, den Abschluß der Aufzucht, also noch als eine dieser zuzurechnende Verrichtung bezeichnet hat (Breithaupt, Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts — Berlin 1912 — landwirtschaftliches Unfallversicherungsgesetz § 1, Nr. 182, S. 472, Entscheidung vom 10. September 1908).

Voraussetzungen der Bindung des Gerichts nach §§ 901, 1543 RVO. — Kein Übertritt des Arbeiters in einen fremden Betrieb bei gelegentlicher kurzer Hilfeleistung.

Urteil des **Reichsgerichts** (6 Zivilsenat) v. 12. Juli 1919 (Entsch. 96 S. 204).

Das Berufungsgericht stellt über den Hergang des Unfalls folgendes fest. Ein älterer Maschinist des Beklagten namens R., der von seinem Vorgesetzten mit der Beseitigung der Leitung an einem Mast beauftragt war, habe sich aus eigenem Antrieb an Hä. und einen anderen Monteur der Firma H. um Hilfe gewandt, die zunächst abgelehnt wurde. Später habe aber Hä. den Mast doch bestiegen und die Drähte durchschnitten. Dabei habe sich der bereits vorher gelockerte Mast geneigt und Hä. sei abgestürzt.

Wie sich aus den Unfallakten der Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik ergibt, die zum Gegenstande der Verhandlung vor dem

Berufungsgerichte gemacht wurden, sind durch Bescheid des Sektionsvorstandes vom 4. Februar 1914 für die Hinterbliebenen des Hä. gemäß § 1583 RVO. eine Rente und das Sterbegeld festgesetzt und durch Endbescheid vom 4. Mai 1914 gemäß § 1606 RVO. der Einspruch der Witwe Hä. zurückgewiesen worden. Berufung wurde nicht eingelegt. Der Bescheid ist rechtskräftig. Im Oktober 1915 rief die Berufsgenossenschaft gemäß §§ 1735 flg. RVO. die Entscheidung des Reichsversicherungsamts darüber an, daß die Entschädigung an die Hinterbliebenen des Hä. nicht von ihr, sondern von der Eisenbahnverwaltung zu gewähren sei, in deren Betrieb der Verunglückte mit der Beschäftigung, bei der er den Unfall erlitt, übergetreten sei. Das Reichsversicherungsamt wies durch Entscheidung vom 30. Juni 1916 den Antrag der Berufsgenossenschaft zurück, weil sie durch den Bescheid vom 4. Februar 1914 die Entschädigungsleistung vorbehaltlos übernommen habe, für das Verfahren nach § 1736 RVO. also kein Raum mehr sei. Die Entscheidung schließt mit der Bemerkung, daß, selbst wenn der Antrag zulässig wäre, ihm doch der Erfolg versagt werden müßte. Denn es handle sich bei der Arbeit, bei der der Unfall sich ereignete, nur um eine gelegentliche und ganz vorübergehende Hilfeleistung des Hä. im fiskalischen Betriebe, bei der er aus seinem ständigen Arbeitsverhältnis bei der Firma H. nicht ausgeschieden sei. Die Antragstellerin wäre daher auch sachlich zur Entschädigung für die Unfallsfolgen verpflichtet.

Das Berufungsgericht ist der Ansicht, daß dieser Entscheidung keine bindende Bedeutung zukomme. Sie sei inzwischen anderen Parteien ergangen als den jetzigen. Um die gegenwärtige Streitfrage — ob der Beklagte dem Hä. als Unternehmer gegenüberstand — habe es sich nicht gehandelt, sondern darum, wer von zwei Versicherungsträgern entschädigungspflichtig sei. Endlich habe das Reichsversicherungsamt die Frage nicht beantwortet, ob nicht bezüglich der Dienststellung des Hä. bei der Firma H. der Beklagte als Versicherungsträger anzusehen sei.

Die letztere Frage bejaht das Berufungsgericht. Hä. habe als Monteur der Firma H., die für den Beklagten Beleuchtungsanlagen ausführte, zwar unmittelbar im versicherungspflichtigen Betriebe der Firma gearbeitet. Das schließe aber nicht aus, daß er mittelbar gleichzeitig im Betriebe des Beklagten tätig war. Nach § 537 Nr. 5 RVO. unterliege der gesamte Betrieb der Eisenbahn der Gewerbeunfallversicherung. Er umfasse also alle Verrichtungen, die zu dem Eisenbahnbetriebsdienst gehören. Hierzu seien auch solche technischen Tätigkeiten zu rechnen, die zwar nicht zum eigentlichen Transportdienst gehörten, aber doch damit im engen Zusammenhang stünden, ihn erst ermöglichten und seine Ausführung bedingten. Die ordnungsmäßige Durchführung des Transportdienstes sei ohne entsprechende Beleuchtungsanlagen nicht möglich. Indem Hä. bei den der Firma H. übertragenen Beleuchtungsarbeiten tätig war, habe er unmittelbar im Eisenbahnbaubetrieb des Beklagten gearbeitet. Unternehmer eines Betriebs sei der, auf dessen Rechnung der Betrieb gehe. Die von der Firma H. übernommene Arbeit sei auf Rechnung des Beklagten gegangen. Nach § 14 der „Allgemeinen Bedingungen" sei anzunehmen, daß dem Beklagten eine direkte Einwirkung auf die Ausführung der Beleuchtungsarbeiten der Firma H. zustand und daß von ihr den Anordnungen des Beklagten Folge zu leisten war. Der Beklagte sei sonach Herr der Arbeiten gewesen. Nicht entscheidend sei, ob Hä. von der Firma H. angenommen war und entlohnt wurde. Hä. habe sich also gleichzeitig im Betriebe der Firma und des Beklagten befunden. Er sei freilich nicht bei Arbeiten für die Firma verunglückt, sondern bei einer anderen, außerhalb ihres Betriebes liegenden, die er freiwillig übernommen habe. Allein dies verändere die Rechtslage nicht. Als Hä. aus Gefälligkeit gegen R. die an sich diesem obliegende Arbeit verrichtete, habe er sich tatsächlich im direkten, versicherungspflichtigen Betriebe des Beklagten befunden, und es mache keinen Unterschied, ob Hä. diese Arbeit freiwillig übernommen habe, um dem R. Hilfe zu leisten, oder ob sie ihm von dem Beklagten übertragen worden sei sowie ob er sich dabei außerhalb des eigentlichen Betriebes der Firma H. befunden habe oder ob die Arbeit nur kurz und ganz vorübergehend war.

Diese Ausführungen sind in allen Punkten wie im Ergebnis, daß der Beklagte nicht als Dritter im Sinne des § 1542 RVO. zu erachten sei, rechtlich zu beanstanden.

Richtig ist zwar, daß die Entscheidung des Reichsversicherungsamts das Gericht nicht für die Frage bindet, ob der Beklagte im Verhältnis zu Hä. Unternehmer im Sinne des § 898 RVO. war. Die Begründung des Berufungsgerichts ist aber verfehlt.

Die Grundsätze über die Voraussetzung und Wirkung der Bindung durch die Rechtskraft eines Urteils finden auf die Bindung des Gerichts im Sinne der §§ 1543, 901 RVO. keine Anwendung. Das Gesetz verlangt insbesondere nicht, daß die Entscheidung im Versicherungsverfahren zwischen denselben Parteien, sondern nur, daß sie in einem Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung ergangen sei. In den Fällen des § 1542 ist es sogar die Regel, daß die Vorentscheidung zwischen dem Verletzten oder seinen Hinterbliebenen und der Berufsgenossenschaft erlassen wurde, der sein Arbeit- und Lohngeber angehörte, und nicht zwischen ihm und dem gerichtlich in Anspruch genommenen Dritten. Auch kommt es nicht darauf an, ob in dem Versicherungsverfahren gerade die Streitfrage ausgetragen wurde, die dem Zivilrichter unterbreitet wird, sondern nur, welchen Inhalt die Entscheidung in jenem Verfahren hatte, im Falle des § 1543, der hier Platz greift, also: ob und in welchem Umfange der Versicherungsträger verpflichtet sei. Schließlich

hat entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts das Reichsversicherungsamt in seiner Schlußbemerkung gar keinen Zweifel darüber gelassen, daß es den Beklagten nicht als Versicherungsträger dem Hä. gegenüber ansieht.

Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts bindet aber das Gericht um deswillen nicht, weil es überhaupt nicht zur Sache erkannt, sondern den Antrag der Berufsgenossenschaft als unzulässig zurückgewiesen, mithin darüber nicht befunden hat, ob und in welchem Umfange der Versicherungsträger verpflichtet sei. Würde dagegen die Entscheidung des Reichsversicherungsamts auf seiner Schlußerwägung beruhen, so wäre für das Gericht bindend ausgesprochen, daß Hä. nicht im Betriebe des Beklagten verunglückt ist. Diese Erwägung hat jedoch, was die Bindung des Gerichts anlangt, als nicht geschrieben zu gelten.

Wohl aber bindet der Bescheid der Berufsgenossenschaft vom 4. Februar 1914, der die Rente für die Hinterbliebenen festsetzt, das Gericht (vgl. RGZ. Bd. 71 S. 4, Bd. 93 S. 321). Aus dem Bescheide folgt, daß der Unfall sich im Betriebe der Firma H. ereignet hat, daß der Getötete in diesem Betriebe beschäftigt und versichert war — §§ 623, 544, 537 RVO. — sowie daß die Firma H. Unternehmer des Betriebes war.

Damit ist freilich für die zu entscheidende Frage die Antwort noch nicht gewonnen, ob nicht Hä., wenn auch im Betriebe der Firma H., so doch gleichzeitig in dem des Beklagten beschäftigt und versichert war, so daß seine Hinterbliebenen gemäß § 898 RVO. von dem Beklagten keine Entschädigung fordern könnten.

Nach § 624 RVO. unterliegt der gesamte Betrieb der Eisenbahn der Versicherung einschließlich der Bauarbeiten, zu denen die Herstellung von Beleuchtungsanlagen auf den Bahnhöfen zu rechnen sein wird. Solche Anlagen können von der Eisenbahnverwaltung selbst oder — was wohl die Regel bildet — in ihrem Auftrage von einem fremden Unternehmer ausgeführt werden. Ob Arbeiten, die die Eisenbahn einem Unternehmer übertragen hat, zugleich als zu ihrem eigenen Betriebe gehörig anzusehen sind, ist nach der tatsächlichen Gestaltung des Einzelfalles zu beurteilen, und es wird maßgebend sein, in welchem engeren oder entfernteren Zusammenhange sie mit der Beförderungstätigkeit stehen, die das eigentliche Wesen des Eisenbahnbetriebes darstellt, und wie weit die Aufsicht und Leitung der Bahnverwaltung darüber reicht. Anschauliche Beispiele bieten die Fälle, die den auch von dem Berufungsgerichte herangezogenen Urteilen RGZ. Bd. 74 S. 222 und VI 246/17 zugrunde liegen. Die Eisenbahnverwaltung hatte in dem einen Falle das ihr tarifmäßig obliegende Auf- und Abladen der Stückgüter und ihr Verbringen von und zu den Eisenbahnwagen, in dem anderen die Ausbesserung der Gleise während ununterbrochenen Bahnverkehrs privaten Unternehmern übertragen, deren Arbeiter der Weisung und der dauernden Aufsicht der Bahnbeamten unterworfen waren oder nur mit Genehmigung der Verwaltung eingestellt werden durften. In beiden Fällen hat das Reichsgericht die Ansicht der Tatrichter gebilligt, daß die Tätigkeit der Arbeiter, bei der Unfälle vorkamen, zum eigentlichen Bahnbetriebe gehörte und auf Rechnung der Eisenbahnverwaltung ging, die im Verhältnis zu ihnen als Unternehmer zu erachten sei.

Mag auch die Grenze flüssig sein, wo ein Angestellter nur im Betriebe seines Arbeit- und Lohngebers oder auch in dem Betrieb als versichert zu gelten hat, für den der letztere Arbeiten ausführt, so fehlt doch hier jeder tatsächliche Anhalt dafür, daß Hä. als Monteur der Firma H. zugleich im Betriebe des Beklagten beschäftigt war. Gewiß ist die elektrische Beleuchtung der Bahnhöfe oder einzelner Teile von ihnen für den Eisenbahnbetrieb förderlich, wenn auch nicht unerläßlich, da auch andere Beleuchtungsarten ähnliche Dienste tun. Keinesfalls ist sie damit nur annähernd so eng verknüpft wie die Verlegung und Ausbesserung der Gleise oder die Beladung der Güterwagen. Wollte man der viel zu allgemeinen Auffassung des Berufungsgerichts folgen, daß alle technischen Tätigkeiten bei der Eisenbahnverwaltung versichert seien, die den Beförderungsdienst erst ermöglichten und seine Ausführung bedingten, wenn sie auch nicht in Regie, sondern durch einen fremden Unternehmer erfolgen, so würde in dem vielverzweigten Betriebe der Eisenbahn die Versicherung bei dem Eisenbahnunternehmer ins Uferlose ausgedehnt. Sie würde sich auf die Herstellung von Schienen, Lokomotiven, Wagen, auf Hoch- und Tiefbauten der Eisenbahn erstrecken und zahllose Verrichtungen ergreifen, die mittelbar dem Eisenbahnbetriebe dienen, sofern nur, wie dies häufig geschieht, die Verwaltung sich ein gewisses Aufsichts- und Kontrollrecht über die Arbeiten gewahrt hat.

Versicherungsträger war der Beklagte hier nur, wenn der Baubetrieb für die Beleuchtungsanlage auf seine Rechnung ging, § 624 RVO. Daß dies hier zutrifft, kann nach dem, was bis jetzt vorliegt, dem Berufungsgericht nicht zugegeben werden. Nach den Merkmalen, die der Senat (RGZ. Bd. 66 S. 376, Bd. 75 S. 7) für den Begriff des Betriebsunternehmers im Sinne des § 1 HaftpflG. aufgestellt hat und die entsprechend für die Reichsversicherungsordnung anwendbar sind, gehört dazu, daß er die Kosten des Betriebes trägt, die Einnahmen daraus bezieht und die Verfügung über den Betrieb inne hat. Gewicht ist auf die Verfügungsgewalt zu legen, weil sie den Inhaber der Gewalt in den Stand setzt und verpflichtet, Anordnungen und Einrichtungen zu treffen, die die Gefahren des Betriebes,

um die es sich auf dem Gebiete der Versicherung wesentlich handelt, abwenden oder verringern. Nun war die Firma H. diejenige, die die Kosten für den Bau der Lichtanlage bestritt: sie hat die Fabrikeinrichtungen, die Stoffe und die Personen bezahlt, die an dem Bau arbeiteten. Die Einnahme daraus ist ihr in Gestalt des Werklohnes zugeflossen. Erst der Betrieb des fertigen Werkes ging auf Rechnung des Beklagten. Wäre es von ihm nicht abgenommen worden, so hätte er nichts dafür bezahlt; die Herstellung wäre aber immer auf Rechnung der Firma H. geschehen.

Die „Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Ausführung von Staatsbauten" enthalten unter den „Ordnungsvorschriften" des § 14 die Bestimmung, daß die auf dem Bau beschäftigten Angestellten des Unternehmers bezüglich der Bauausführung und der Aufrechterhaltung der Ordnung auf dem Bauplatze den Anordnungen der Verwaltung unterworfen seien. Die Auslegung dieser typischen Vertragsbedingungen ist nachprüfbar. Ohne zureichende Begründung spricht das Berufungsgericht auf Grund des § 14 dem Beklagten die Verfügungsgewalt über die Arbeiten der Firma H. zu und bezeichnet ihn als „Herrn" darüber. Herrin auf dem Bauplatz sollte die Verwaltung natürlich bleiben, wie sich das bei Arbeiten auf einem Bahnhofe von selbst versteht, und ebenso mochten ihr allgemeine Anordnungen über die Bauausführung, so etwa, wo Lichtmaste aufzustellen waren, zustehen. Aber der Bau der Lichtanlage im einzelnen, und darauf käme es an, wurde durch § 14 noch nicht ihrer Verfügung unterstellt. Jedenfalls hat das Berufungsgericht nicht näher angegeben, welcher Art die Herrschaft des Beklagten über die Arbeiten der Firma H. und damit über die Beschäftigung des Hä. gewesen ist.

Hiernach begegnet die Annahme des Berufungsgerichts, daß Hä. als Monteur der Firma H. zugleich im Betriebe des Beklagten beschäftigt und versichert war, in jeder Richtung rechtlichen Bedenken.

Es widerspricht aber auch der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts wie des Reichsgerichts, daß Hä., als er auf Bitte R.s den Mast bestieg und die Drähte abschnitt, in den versicherungspflichtigen Betrieb des Beklagten übergetreten sei. Er hat lediglich dem R. eine gelegentliche und vorübergehende Hilfe geleistet und für ihn eine Gefälligkeitsarbeit verrichtet, die ihn weder in ein Vertrags- noch in ein Unterordnungsverhältnis zu dem Beklagten brachte, wie das eine oder das andere für den Begriff des Arbeiters im Sinne der §§ 537, 544 RVO. regelmäßig erforderlich ist (Handb. d. Unf.-Vers. Bd. 1 S. 49, 56, 118; Jur. Wochenschr. 1908 S. 351; RG. Bd. 74 S. 222, Bd. 79 S. 51, Bd. 87 S. 124). Wenigstens ist bisher nichts anderes festgestellt. Die Sache liegt ebenso, wie wenn Hä., ohne bei H. bedienstet zu sein, zufällig des Weges kommend von R. ohne Auftrag seiner Vorgesetzten um Hilfe angegangen worden wäre."

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Die Offizierbesoldung der freiwillig in das Heer eintretenden Kommunalbeamten ist auf ihr Zivilgehalt anzurechnen.

Urteil des **Reichsgerichts** (3. Zivilsen.) vom 27. Mai 1919 (Entsch. 96 S. 83).

Der am 18. März 1863 geborene, als Polizeiassessor im Dienste der Klägerin stehende Beklagte erklärte sich vor dem Kriege mit Zustimmung der vorgesetzten Behörde bereit, sich im Falle der Mobilmachung im Heere verwenden zu lassen, wurde demgemäß am 2. August 1914 als Adjutant zum Bezirkskommando in Kiel einberufen und war seitdem dort tätig. Die Klägerin kürzte sein Gehalt um sieben Zehntel seiner Offizierbesoldung, wurde aber im Verwaltungswege durch Beschlüsse des Bezirksausschusses Kiel vom 16. Oktober 1916 und des Provinzialrates Kiel vom 21. September 1917 zur Nachzahlung und Fortgewährung des vollen Gehalts angehalten. Auf ihre im November 1917 erhobene Klage wurde festgestellt, daß die Klägerin zur Kürzung berechtigt sei, und der Beklagte verurteilt, einen hiernach mit Unrecht empfangenen Betrag von 7707 ℳ nebst Prozeßzinsen zurückzuzahlen. Die Berufung des Beklagten wurde zurückgewiesen. Ebenso seine Revision. — Gründe:

Die Zulässigkeit des Rechtsweges unterliegt nach § 7 des preußischen Kommunalbeamtengesetzes keinem Bedenken.

Bei der sachlichen Würdigung ist davon auszugehen, daß der Beklagte bei Ausbruch des Krieges nicht mehr wehrpflichtig war und demgemäß nicht auf Grund einer Dienstpflicht, sondern — seinem schon vorher erklärten Anerbieten entsprechend — freiwillig und mit Zustimmung der Klägerin in das Heer eintrat. § 66 des Reichsmilitärgesetzes vom 2. Mai 1874 in der Fassung des Gesetzes vom 6. Mai 1880, wonach den zum Militärdienst einberufenen Reichs-, Staats- und Kommunalbeamten gewisse Vergünstigungen gewährleistet sind und diese Vergünstigungen im Falle der Mobilmachung auch freiwillig in das Heer eintretenden Reichs- und Staatsbeamten zugute kommen sollen, enthält keine Bestimmung darüber, welche Rechte im gleichen Falle den freiwillig in das Heer eintretenden Kommunalbeamten zustehen. Die Frage, wie die Gehaltsansprüche solcher Kommunalbeamten zu behandeln sind, wird verschieden beurteilt. Das preußische

Oberverwaltungsgericht hat in einer Entscheidung vom 13. Januar 1916 (Preuß. VerwBl. 37. Jahrg. S. 502) sich dahin ausgesprochen, daß ihnen, auch wenn sie Offizierbesoldung erhalten, das Gehalt ohne Abzug auszubezahlen sei. Es führt aus, daraus, daß § 66 RMilG. auf diese Kommunalbeamten keine Anwendung finde, folge nicht, daß ihnen Ansprüche entzogen sein sollten, die ihnen nach sonstigen Rechtsvorschriften zustünden; es komme also nur darauf an, ob eine solche gesetzliche Grundlage für die Fortzahlung des Gehalts bestehe; nach allgemeinen Grundsätzen des Beamtenrechts aber sei das Gehalt eine dem Beamten für die Dauer seines Amtes zugebilligte, für den standesmäßigen Unterhalt bestimmte Rente, die demgemäß, von besonderen gesetzlichen Vorenthaltungsgründen abgesehen, so lange zu gewähren sei, als das Amt selbst dauere. Dieser Ansicht hat sich das Kammergericht in einem Urteile vom 30. November 1917 (Jur. Wochenschr. 1918 S. 625) angeschlossen. Gegen die Auffassung des Oberverwaltungsgerichts wendet sich ein Urteil des OLG. Düsseldorf vom 14. Juni 1918 (vgl. Jur. Wochenschr. 1918 S. 625 Fußnote), mit der Erwägung, aus der Natur des Gehalts als einer für den standesmäßigen Unterhalt des Beamten bestimmten Rente lasse sich ein Anspruch auf unverkürzte Fortzahlung des Gehalts nicht ableiten; der als Offizier dienende Beamte beziehe schon in dieser Eigenschaft eine für den standesmäßigen Unterhalt ausreichende Rente; es widerspreche dem Wesen des Gehalts, daß der Beamte diesen Unterhalt doppelt erhalte; das Zivilgehalt müsse während der Dauer des Bezuges der Offizierbesoldung wegfallen. Im vorliegenden Rechtsstreite hat das Landgericht dem beklagten Kommunalbeamten jeden Anspruch versagt, indem es im Anschlusse an Politz, Preuß. VerwBl. 37. Jahrg. S. 593 (vgl. auch Wilde und Vogels ebenda 36. Jahrg. S. 204 und 37. Jahrg. S. 530), die Versagung aus § 66 RMilG. ableitet. Das Berufungsgericht folgt den grundsätzlichen Ausführungen des Oberverwaltungsgerichts, kommt aber gleichwohl zu einer der klagenden Stadtgemeinde günstigen Entscheidung, da es die von ihr vorgenommene Anrechnung der Offizierbesoldung auf Grund des dem § 66 RMilG. zugrunde liegenden Beschlusses des preußischen Staatsministeriums vom 22. Januar 1831 (vollständig abgedruckt in den Verh. d. Reichstags Bd. 29 S. 536 und Bd. 33 S. 100) für gerechtfertigt erklärt. Diesem Standpunkte des Berufungsgerichts ist beizutreten.

Aus § 66 RMilG. läßt sich die Entscheidung der streitigen Frage nicht gewinnen. Nach Abs. 1 sollen Reichs-, Staats- und Kommunalbeamte durch ihre Einberufung zum Militärdienst in ihren bürgerlichen Dienstverhältnissen keinen Nachteil erleiden. Abs. 2 bestimmt, daß ihnen ihre Stellen, ihr persönliches Diensteinkommen und ihre Anziennität sowie alle sich daraus ergebenden Ansprüche in der Zeit der Einberufung gewahrt bleiben, läßt aber zu, daß ihnen, wenn sie Offizierbesoldung erhalten, deren reiner Betrag auf das Zivildiensteinkommen angerechnet wird. Nach Abs. 3 unterliegen der gleichen Behandlung pensionierte oder auf Wartegeld stehende Zivilbeamte hinsichtlich ihrer Pensionen oder Wartegelder, wenn sie bei einer Mobilmachung in den Kriegsdienst eintreten. Alle diese Vergünstigungen kommen nach Abs. 4, der erst durch das Gesetz vom 6. Mai 1880 eingefügt worden ist, nach ausgesprochener Mobilmachung auch denjenigen in ihren Zivilstellungen abkömmlichen Reichs- und Staatsbeamten zugute, die sich freiwillig in das Heer aufnehmen lassen. Abs. 5 (früher Abs. 4) überläßt die näheren Bestimmungen den einzelnen Bundesregierungen (vgl. für Preußen den Beschluß des Staatsministeriums vom 1. Juni 1888, MBl. f. d. inn. Verw. 1888 S. 121). Die Erwähnung der Kommunalbeamten im Abs. 1 und ihre Nichterwähnung im Abs. 4 ergibt als Inhalt des Gesetzes, daß den freiwillig eintretenden Kommunalbeamten im Gegensatze zu den in gleicher Lage befindlichen Reichs- und Staatsbeamten die in § 66 gewährleisteten Vergünstigungen nicht eingeräumt sein sollen. Sie können sich also nicht auf § 66 berufen, wenn sie Ansprüche auf Fortzahlung des Gehaltes geltend machen wollen. Die Regelung läßt aber nicht erkennen, daß Ansprüche entzogen oder eingeschränkt werden sollten, die ihnen, abgesehen von § 66 des Reichsgesetzes, zustanden. Ein so weitgehender Eingriff in das Beamtenrecht kann in dem Reichsgesetz auch dann nicht gefunden werden, wenn man die Entstehungsgeschichte des Abs. 4 berücksichtigt. Nach der Begründung des Entwurfs zum Gesetze von 1880 (Verh. d. Reichstags Bd. 60 S. 26) hatte sich herausgestellt, daß dem § 66 die Auslegung gegeben werden könnte, daß nur den dienstpflichtigen, nicht auch den freiwillig eintretenden, in ihren Zivilstellungen abkömmlichen Beamten ihre Stellen, ihr Diensteinkommen usw. gesichert bleiben sollten. Da aber die Bestimmungen vom 22. Januar 1831, die dem § 66 des Reichsgesetzes zugrunde gelegt worden waren, gemäß den dazu erlassenen Ergänzungen und Erläuterungen auch auf die im Kriege freiwillig eintretenden Beamten angewendet werden sollten und für eine gleiche Auslegung des § 66 auch andere Umstände sprächen, so sollte zur Klarstellung und um eine einschränkende Auslegung des Gesetzes auszuschließen, ein neuer Abs. 4 in folgender Fassung eingefügt werden:

> „Obige Vergünstigungen kommen nach ausgesprochener Mobilmachung auch denjenigen in ihren Zivilstellungen abkömmlichen Reichs-, Staats- und Kommunalbeamten zugute, welche sich freiwillig in das Heer aufnehmen lassen."

In der Kommission des Reichstags wurde jedoch beschlossen, das Wort „Kommunalbeamte" zu streichen und statt „Reichs-, Staats- und Kommunal-

beamten" die Worte „Reichs- und Staatsbeamten" zu setzen, nachdem geltend gemacht worden war, daß andernfalls eine große Belastung für eine Anzahl von Kommunen eintreten könnte, wenn sie ihren Beamten, welche, ohne dazu verpflichtet zu sein, in das Heer eintreten, ihr Gehalt fortzahlen müßten (Verh. des Reichstags Bd. 61 S. 498). Mit dieser Streichung wurde der neue Abs. 4 Gesetz, ohne daß in den weiteren Verhandlungen eine Erörterung über die Rechtsverhältnisse der aus dem Entwurfe gestrichenen Kommunalbeamten stattgefunden hätte. Aus dem Grunde, der zur Streichung führte, läßt sich entnehmen, daß ihre Urheber die Gemeinden vor übermäßiger Belastung schützen wollten und ihre Absicht durch die Streichung erreicht zu haben glaubten. Im Gesetz ist davon aber nichts zum Ausdruck gekommen. So, wie das Gesetz jetzt gefaßt ist, sind die Rechtsverhältnisse der Kommunalbeamten, die sich freiwillig in das Heer aufnehmen lassen, im § 66 überhaupt nicht geregelt, vielmehr ohne Rücksicht auf ihn und nicht eingeschränkt durch ihn nach dem sonst für die betreffenden Kommunalbeamten geltenden, hier dem preußischen Landesrechte, zu beurteilen.

Nach allgemeinen Grundsätzen des Beamtenrechts ist, wie das Oberverwaltungsgericht mit Recht betont und wie auch das Berufungsgericht annimmt, das Gehalt des Beamten nicht eine Entlohnung für einzelne Dienstleistungen, sondern eine ihm für die Dauer seines Amtes zugebilligte, für den standesmäßigen Unterhalt bestimmte Rente, und der Anspruch des Beamten auf Zahlung des Gehalts kann deshalb nicht dadurch beeinträchtigt werden, daß er mit Wissen und Willen der Gemeinde, in deren Dienst er steht, zeitweise ihr keine Dienste leistet. Diese grundsätzliche Auffassung steht im Einklange mit der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats. Sie entspricht einer aus dem Wesen des Beamtenverhältnisses sich ergebenden sittlichen Forderung und muß festgehalten werden. Der Beamte hat nicht einzelne Dienste zu leisten, sondern seine ganze Tätigkeit zur Verfügung zu stellen. Dieser einheitlichen Leistung entspricht die Einheitlichkeit des dem Beamten zustehenden Diensteinkommens, und es ist durchaus billig und sachgemäß, daß die in dem Gehalte zugewiesene Unterhaltsrente dem Beamten nicht schon dadurch verloren geht, daß zeitweise Dienstleistungen nicht stattfinden. Das Interesse der Gemeinden, deren Beamte in das Heer eintreten, fordert keine abweichende Behandlung. Der Beamte, der, ohne dazu verpflichtet zu sein, in das Heer eintritt, bedarf, wenn er sich nicht disziplinären Folgen aussetzen will, der Erlaubnis. Die Gemeinde ist nicht gezwungen, die Erlaubnis zu erteilen, kann die Erteilung daher auch von der Bedingung abhängig machen, daß der Beamte sich für die Dauer des Heeresdienstes einer besonderen Gehaltsregelung, insbesondere einer Gleichstellung mit den durch § 66 RMilG. betroffenen Beamten, unterwirft. Eine Ausnahme von jenem Grundsatze läßt sich für den Fall, daß der Beamte als Offizier in das Heer eintritt, auch nicht aus dem vom Oberlandesgericht Düsseldorf hervorgehobenen Gedanken ableiten, daß der als Offizier dienende Beamte schon in dieser Eigenschaft eine für den standesmäßigen Unterhalt ausreichende Rente beziehe, und daß es dem Wesen des Gehalts widerspreche, wenn der Beamte diesen Unterhalt doppelt erhalte. Erwägungen dieser Art können dazu Anlaß geben, besondere Vorschriften über die Einziehung des Gehalts für solche Fälle zu erlassen. Sind aber besondere Vorschriften dieser Art nicht vorhanden, dann fehlt es an der für die Einziehung erforderlichen Rechtsgrundlage. Das gleiche gilt für die Frage, ob das Gehalt des Beamten durch völlige oder teilweise Anrechnung der Offizierbesoldung gekürzt werden darf.

Die Entscheidung des Rechtsstreits hängt also davon ab, ob die Anrechnung der Offizierbesoldung aus dem Beschlusse des preußischen Staatsministeriums vom 22. Januar 1831 abzuleiten ist. Die Anwendung der darin enthaltenen Bestimmungen setzt voraus, daß sie als Rechtsnormen des Beamtenrechts bis zur reichsrechtlichen Regelung in § 66 RMilG. in Geltung waren und daß sie für die hier in Frage stehenden Beamten durch die reichsrechtliche Regelung nicht beseitigt worden sind. Beide Voraussetzungen sind gegeben. Die fraglichen Bestimmungen sind vom Staatsministerium nicht aus eigener Macht, sondern, wie sich aus ihrer Einleitung ergibt, auf Grund einer durch Königliche Kabinettsorder erteilten Genehmigung getroffen worden. Daß sie geeignet sind, als Rechtsnormen des Beamtenrechts zu dienen, ergibt sich aus ihrem Inhalt. Sie befassen sich entsprechend den §§ 65 und 66 RMilG., deren Grundlage sie bilden, in ihrem ersten Teile (Nr. 1 bis 11) mit der Militärdienstpflicht der Zivilbeamten und der Frage der Unabkömmlichkeit, im zweiten Teile (Nr. 12 bis 24) mit dem Einflusse des Eintritts in den Militärdienst auf ihre Rechtsstellung als Zivilbeamte. Eine förmliche Verkündung des ganzen Ministerialbeschlusses hat nicht stattgefunden. Seine Bestimmungen sind aber als Rechtsnormen für die Ansprüche der Beamten bis zur reichsrechtlichen Regelung der Fragen behandelt und angewendet, auch in den späteren Ergänzungen und Erläuterungen, wie solche namentlich in den Beschlüssen des preußischen Staatsministeriums vom 23. Januar 1850, 19. Juli 1850, 25. Februar 1860 und 9. März 1864 (MBl. f. d. inn. Verw. 1850 S. 28 und S. 234, 1860 S. 53, 1864 S. 117) enthalten sind, als maßgebende Rechtsnormen in Bezug genommen und teilweise — so die hier in Frage kommenden Nrn. 14, 15, 19 — sogar mit veröffentlicht worden. Ihre Verbindlichkeit als Rechtsnormen ist daher nicht zu bezweifeln. Daß sie auch

für Schleswig-Holstein geltendes Recht wurden, ergibt sich, wie das Berufungsgericht zutreffend hervorgehoben hat, aus der Verordnung vom 23. September 1867 (GS. S. 1619). Die reichsrechtliche Regelung der Frage steht der Anwendung der Bestimmungen des preußischen Rechts hier aus dem Grunde nicht im Wege, weil, wie schon dargelegt ist, § 66 RMilG. in der ihm durch das Gesetz vom 6. Mai 1880 gegebenen Auslegung die Rechtsverhältnisse der Kommunalbeamten, die sich freiwillig in das Heer aufnehmen lassen, überhaupt nicht geregelt hat. Die fortdauernde Anwendung des Landesrechts auf diese Beamten unterliegt also keinem Bedenken. Unbegründet ist auch der Angriff der Revision, das Berufungsgericht könne sich für seine Auffassung jedenfalls nicht auf das aufgehobene Gesetz vom 2. Mai 1874 und die dort den Bundesregierungen überlassenen Anordnungen stützen, das Gesetz vom 6. Mai 1880 enthalte eine solche Anweisung nicht mehr, und es sei daher anzunehmen, daß die einzelstaatlichen Bestimmungen nicht mehr in Kraft bleiben sollten. Die Vorschrift, daß die näheren Bestimmungen den einzelnen Bundesregierungen überlassen sein sollten (Abs. 5, früher Abs. 4) ist durch das Gesetz vom 6. Mai 1880 nicht beseitigt worden. Sie kommt aber für den vorliegenden Fall überhaupt nicht in Betracht, da es sich dabei nur um Bestimmungen zur Ausführung des § 66 RMilG. handeln kann, dieses Gesetz aber auf Kommunalbeamten der hier fraglichen Art sich nicht bezieht. Nach Nr. 14 des Beschlusses vom 22. Januar 1831 behält jeder Zivilbeamte, der bei einer Mobilmachung zum Militärdienst eintritt, seine fixierte Besoldung. Erhält er aber Offizierbesoldung, so wird nach Nr. 15 ihr Betrag auf die Zivilbesoldung angerechnet. Ist die Offizierbesoldung höher als die Zivilbesoldung, so hört die Zahlung der letzteren während der Dauer der ersteren ganz auf. Nach Nr. 19 sind Kommunalbeamte wie die Staatsdiener zu behandeln. Da der Beschluß vom 22. Januar 1831 zwischen Beamten, die auf Grund einer Dienstpflicht zum Militärdienst einberufen werden, und solchen, die sich freiwillig in das Heer aufnehmen lassen, nicht unterscheidet, so ist der Beklagte verpflichtet, die Offizierbesoldung auf sein Gehalt sich anrechnen zu lassen, und die von der Klägerin vorgenommene Kürzung des Gehalts um sieben Zehntel als den reinen Betrag der Offizierbesoldung nicht zu beanstanden. . . .

Sprechsaal.

Fragen aus dem Gesetz über Wochenhilfe, insbesondere zur Anwendung des § 212 RVO.

I. In Heft 31 1919 S. 617 f. Nr. 2 (siehe auch Heft 33 S. 660 Nr. 4 unter c) beantworten Sie die Frage, ob der Anspruch auf die laufenden Bezüge der Wochenhilfe, „wenn der Ehemann (§ 205a RVO.) während der Leistungsdauer Mitglied einer anderen Krankenkasse wird", gegenüber der Kasse, bei der der Anspruch entstanden ist, bestehen bleibt, oder ob er auf die andere (neue) Kasse übergeht, bejahend dahin, daß „beim Übertritt eines Versicherten, der Kassenleistungen bezieht, zu einer anderen Kasse" § 212 RVO. gelte, der bestimmt, daß die andere Kasse die weitere Leistung zu übernehmen hat.

Ich glaube, in die Richtigkeit der Auffassung Zweifel setzen zu dürfen aus folgenden Gründen: Der § 212 RVO. handelt, wie Sie in Ihrer Auskunft zwar richtig anführen, vom „Übertritt" eines Versicherten von einer Kasse zur anderen; der Anfrage dagegen liegt kein solcher „Übertritt" zugrunde, der, wie das Wort besagt, nur bei ununterbrochener Fortdauer der gleichen versicherungspflichtigen Beschäftigung im Dienste desselben Arbeitgebers durch das Zuständigwerden einer anderen Kasse zustande kommen kann, sondern ein durch den Wechsel der Beschäftigung — der Arbeitsstelle, des Arbeitgebers — hervorgerufener Kassenwechsel mit einem förmlichen Austritt bei der einen und einem (Wieder- oder Neu-) Erwerb der Mitgliedschaft bei der anderen Kasse, also ein Vorgang, bei dem zwischen dem Verlust und dem Erwerb der Mitgliedschaft immer ein nicht durch Versicherung gedeckter Zeitraum, wenn auch nur von einigen Stunden, vorhanden ist. Beide Fälle dürften hier aber scharf auseinander zu halten sein, denn in dem letztbezeichneten, der Anfrage zugrunde liegenden Falle geht die Unterstützungspflicht von der einen auf die andere Kasse nach meiner Auffassung nicht über.

Zur Begründung der gegenteiligen Auffassung macht man zwar weiter geltend, daß § 206 RVO. den Anspruch auf die Regelleistungen, und eine solche ist ja die neue Wochenhilfe, mit dem Erwerb der Mitgliedschaft entstehen lasse und folglich auch, da der gleiche Anspruch nicht gegenüber zwei Kassen bestehen kann, bei einem Kassenwechsel die neue Kasse an Stelle der früheren zum Eintreten verpflichtet sei; doch übersieht man dabei, daß ein einmal entstandener Anspruch weder nochmals „entstehen", noch, ohne daß es ausdrücklich bestimmt wäre, untergehen kann. Gerade die Vorschrift des angeführten § 212, die vollständig überflüssig sein würde, wenn es anders wäre, bestätigt das. Die Tragweite des Unterschiedes zwischen einem Übertritt von einer Kasse zur anderen infolge Zuständigwerdens der anderen Kasse und zwischen einem durch den Wechsel der Beschäftigung hervorgerufenen Kassenwechsel wird am besten durch Heranziehung des § 214 RVO. beleuchtet: Danach würde also, wenn der Anspruch gegenüber der einen Kasse mit dem Ausscheiden des Ehemanns aus dieser Kasse untergehen oder beendigen würde, kein Anspruch auf Wochen- oder Stillgeld für die noch nicht abgelaufene oder für die zwischen dem Ausscheiden aus der einen und dem (Wieder-, Neu-) Eintritt bei der anderen Kasse liegenden Zeit bestehen, wenn der erwerbslos Ausgeschiedene nicht genügend lange versichert gewesen wäre. Die Begründung des § 212 führt übrigens auch aus, daß die auf der Reichsver-

sicherungsordnung beruhenden Ansprüche (natürlich jeder Anspruch für sich) als „ein einheitliches Ganzes" zu betrachten sind, und daß der Grundsatz, von dem das Gesetz beherrscht werde, nämlich, daß ein Versicherungsfall nach dem Verhältnisse zur Zeit seines Eintritts zu beurteilen ist und folglich auch der alte Träger der Versicherung weiter verpflichtet bleibt, für die Einfügung dieser neuen Vorschrift maßgebend gewesen ist.

Daß die gegenteilige Auffassung auch praktisch zu einem ganz sinnlosen Ergebnisse führen würde, mag der Umstand beleuchten, daß gegebenenfalls die andere Kasse, die nach § 197 RVO. an der Mittragung der Kosten überhaupt nicht beteiligt ist, lediglich für die eine Kasse und vielleicht noch ein halbes Dutzend anderer Kassen, bei denen der Ehemann im letzten Jahre vor der Niederkunft seiner Ehefrau versichert gewesen ist, auszahlen würde. Und nun denke man sich dieses Spiel einmal mit seinen vielen Benachrichtigungen, Erhebungen, Abrechnungen und wer weiß was alles bei jedem weiteren Kassenwechsel fortgesetzt! Wir sind uns allerdings darüber klar, daß gegebenenfalls auch solche Unsinnigkeiten mit in den Kauf genommen werden müßten, meinen aber, daß sich, wenn auch nur der leiseste Zweifel an der Anwendbarkeit des § 212 besteht, alle Kassen darüber einig sein sollten, solche Sinnlosigkeiten weder ins Werk zu setzen noch mitzumachen.

II. Von dem Ergebnis, zu dem die Prüfung der obigen Sachlage führt, dürfte eine andere, nicht minder bedeutungsvolle, hier strittig gewordene Frage abhängen, nämlich die, ob der Anspruch auf Wochen- und Stillgeld auch dann entsteht, wenn der Ehemann erst nach der Entbindung seiner Ehefrau eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen hat und dadurch Mitglied einer Kasse geworden ist. — Von der vorhin verwerteten Feststellung ausgehend, daß der Anspruch auf Wochenhilfe „ein einheitliches Ganzes" und kein teilbarer, also ein Anspruch ist, der nur ganz oder überhaupt nicht erworben werden kann (von den beim Inkrafttreten des Gesetzes vorkommenden Fällen selbstverständlich abgesehen), der anderseits aber auch ebensowenig wegfällt, wenn während der Bezugszeit eine der erforderlichen Entstehungstatsachen zu bestehen aufgehört hat, sind wir der Auffassung, daß die gestellte Frage verneint werden muß. (Vgl. auch Hahn, Handb. der KrVers. § 206 Anm. 2, wonach der Anspruch auf Wochengeld voraussetzt, daß die Niederkunft selbst in die Zeit der Mitgliedschaft fällt.) Bei gegenteiliger Auffassung müßte man ganz Unmögliches gutheißen, da es dann nicht nur, was vielleicht noch mit in den Kauf zu nehmen wäre, der einzelne Versicherte in der Hand hätte, den Anspruch während der noch nicht abgelaufenen Bezugszeit durch Aufnahme irgendeiner, wenn auch noch so kurzen versicherungspflichtigen Beschäftigung jederzeit nachträglich zu erwerben, sondern je nach dem Ausfall der Prüfung der ersten Frage bei einem Kassenwechsel auch die erste Kasse für vielleicht nur ein paar Tage Mitgliedschaftszeit mit den ganzen Kosten allein belastet würde, da die Vorschrift des § 197 ja nicht in Frage kommt.

III. Bei dieser Gelegenheit gestatten wir uns, ferner zu fragen, ob die Steuerbehörde, die ja nach § 23 Abs. 3 des Gesetzes vom 26. September 1919 zur Auskunfterteilung über die Verhältnisse der Wöchnerin oder deren Ehemann verpflichtet ist, diese Auskunfterteilung von der vorherigen Zustimmung der Wöchnerin oder des Ehemanns abhängig machen darf. Rendant A. Hüttenbügel in Altenessen.

Im Hinblick auf die ausführlichen Darlegungen der vorliegenden Anfrage, insbesondere zum Punkt I, halten wir für geboten, sie nicht im Auskunftsteil der Zeitschrift, sondern an dieser Stelle zu erledigen und zur Erörterung zu stellen.

I. Die Ausführungen enthalten einen beachtenswerten Beitrag zur Kritik des § 212 RVO. Besonders Hahn hat bereits im Handb. der KrVers. Anm. 5 zu § 212 die Lösung der Frage durch die Reichsversicherungsordnung für keine glückliche erachtet und dies durch den Hinweis auf praktische Unzuträglichkeiten begründet. Auch Hoffmann („Ortskrankenkasse" 1915 Sp. 749, auch ArbVers. 1919 S. 262) hält die Regelung nicht für zweckmäßig und empfiehlt eine Gesetzesänderung dahin, daß die neue Kasse, ähnlich wie im Falle des § 220, die Leistungen der alten Kasse, vorbehaltlich der Erstattung der Kosten und unter entsprechender Anwendung der §§ 224, 1503, zu Ende zu gewähren hat. Das kommt im wesentlichen auf den Vorschlag hinaus, den Hahn schon im Jahre 1898 (ArbVers. S. 570, Nachtrag) gemacht hat.

Was die Ausführungen des Herrn Hüttenbügel zum § 212, wie er nun einmal Gesetz geworden ist, betrifft, so ist vorweg darauf hinzuweisen, daß sie von einer unzutreffenden tatsächlichen Unterstellung ausgehen, nämlich davon, daß den beiden Anfragen, auf die sich unsere Auskünfte im Heft 31 von 1919 S. 617 Ziff. 2 und Heft 33 S. 660 Ziff. 4c beziehen, kein „Übertritt" im Sinne des § 212 zugrunde liege, sondern ein durch den Wechsel der Beschäftigung hervorgerufener Kassenwechsel mit Austritt aus der einen und demnächstigen Erwerb der Mitgliedschaft bei einer anderen Kasse. Nichts in den beiden Anfragen, wie wir sie empfangen und wiedergegeben haben, deutet auf einen solchen Tatbestand hin. Es kommt aber darauf nicht an. Denn es ist nicht richtig, daß ein „Übertritt" im Sinne des § 212 „nur bei ununterbrochener Fortdauer der gleichen versicherungspflichtigen Beschäftigung im Dienste desselben Arbeitgebers durch das Zuständigwerden einer anderen Kasse zustande kommen kann". Daß schon der Ausdruck „Übertritt" für eine solche einschränkende Auslegung spreche, ist zu bestreiten. Niemand wird z. B. Bedenken tragen, vom Übertritt zu einem anderen Berufe zu reden, wenn jemand den einen Beruf aufgibt, um etwa nach einigen Tagen oder selbst Wochen einen anderen zu ergreifen. Und es sollte nicht angängig sein, vom Übertritt zu einer anderen Kasse zu reden, wenn der Versicherte infolge eines Wechsels der Beschäftigung Mitglied einer anderen Kasse wird — nur weil zwischen dem Verlust der einen und dem Erwerb der anderen Mitgliedschaft „ein nicht durch Versicherung gedeckter Zeitraum, wenn auch nur für einige Stunden, vorhanden ist"? Das ist sprach- und sinnwidrig und es steht auch in Widerspruch mit der Entstehungsgeschichte des § 212 RVO., der darauf abzielt, einen unter der Herrschaft des KrVersGes. zutage getretenen Widerstreit der Meinungen im Sinne der herrschenden, insbesondere vom preuß. Oberverwaltungsgericht vertretenen Meinung zu entscheiden (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1 zu § 212). Während andere Gerichte und Schriftsteller annahmen, daß der gegen eine Kasse einmal begründete fortlaufende Anspruch durch den Übertritt des Anspruchsberechtigten zu einer anderen Kasse so wenig berührt werde wie durch bloßen Austritt, nahm jene herrschende Meinung an, daß die Leistungspflicht mit dem Übertritt des Berechtigten zu einer anderen Kasse auf diese übergehe. Was man hierbei unter „Übertritt" verstand, tritt besonders deutlich hervor in einer Entscheidung des preuß. ObVerwGer. v. 30. 4. 98 (ArbVers. 1898 S. 490). Dort heißt es: „Abgesehen von dem hier vorliegenden Falle, daß ein gesundes

Kassenmitglied während der Dauer einer nach dem Kassenstatut zur Unterstützung berechtigenden Krankheit eines Familienangehörigen aus der bisherigen Beschäftigung in eine Beschäftigung übertritt, welche die Zwangsmitgliedschaft bei einer anderen Kasse zur Folge hat, kommen wesentlich die folgenden Fälle in Betracht:

1. eine während der Kassenmitgliedschaft erkrankte, aber erwerbsfähig gebliebene Person tritt in eine Beschäftigung ein, die sie zum Zwangsmitglied einer anderen Kasse macht;
2. ein früheres Kassenmitglied, das erkrankt ist, ohne dadurch erwerbsunfähig zu werden, und nach § 28 KrVersGes. (jetzt: § 214 RVO.) Anspruch auf Unterstützung hat, tritt in eine Beschäftigung ein, durch die es Zwangsmitglied einer anderen Kasse wird . . . ."

Es folgen dann drei Fälle, in denen sich der Übertritt durch eine Veränderung im Kassenwesen vollzieht, ohne daß das Mitglied dabei mitwirkt. Nicht ohne Grund und sicherlich nicht ohne Bedacht aber hat das ObVerwGer. gerade die Fälle an die Spitze seiner Aufzählung gestellt, in denen der Wechsel der Kassenmitgliedschaft auf einer Handlung des Versicherten beruht; denn es liegt eben schon sprachlich am nächsten, bei dem „Übertritt" von dem aktiven Sinne des Wortes auszugehen und erst in zweiter Reihe auch die Fälle sich zu vergegenwärtigen, in denen ein Wechsel der Kassenmitgliedschaft auch bei passivem Verhalten des Versicherten sich vollziehen kann. Hiernach kann es nicht zweifelhaft sein, daß auch die RVO. durch die Vorschrift des § 212 die bisherige herrschende Rechtsprechung in dem dargelegten umfassenderen Sinne hat bestätigen wollen. Das einzige Bedenken, das hiergegen mit einem Schein von Grund erhaben werden könnte, wäre das, daß § 212 von dem Falle spricht, daß ein „Versicherter" zu einer anderen Kasse übertritt, während derjenige, der aus der einen Kasse aus- und in die andere eintritt, in der unvermeidlichen Zwischenzeit doch kein „Versicherter" war. Das wäre aber eitel Wortklauberei. Der § 212 setzt voraus, daß der Versicherte noch Kassenleistungen bezieht in dem Augenblicke, in welchem er in eine andere Kasse eintritt. Nur dieser Bezug von Leistungen, als fortdauernde Wirkung des bisherigen Versicherungsverhältnisses, nicht aber das Bestehen dieses Verhältnisses selbst, kann nach Sinn und Zweck des § 212 vorausgesetzt sein.

Ganz verfehlt ist der Einwand, daß ein einmal entstandener Anspruch weder nochmals entstehen, noch, ohne daß es ausdrücklich bestimmt wäre, untergehen könne. Das war vor der Geltung des § 212 ein recht schwerwiegendes Bedenken gegen die herrschende Meinung und auch gegen die gesetzgeberische Erledigung des Meinungsstreites im Sinne der herrschenden Auffassung. Aber der Gesetzgeber ist eben über dieses Bedenken hinweggegangen — übrigens nicht, indem er einen entstandenen Anspruch nochmals entstehen, sondern indem er die Leistungspflicht (gegebenenfalls mit gewissen Veränderungen) auf einen anderen Schuldner übergehen ließ. Ergeben sich aus dieser Gestaltung praktische Unzuträglichkeiten, so kann das nur Anlaß zur Kritik, nicht zur Umdeutung des Gesetzes sein. Daß solche Unzuträglichkeiten bei Anwendung des § 212 namentlich dann hervortreten können, wenn die zur Weiterleistung verpflichtete Kasse oder gar mehrere solche Kassen, neben der ursprünglich verpflichteten, Anspruch auf anteilige Erstattung ihrer Wochenhilfeleistungen nach § 197 fordern, ist nicht zu verkennen.

II. In diesem Punkt ist der von dem Herrn Einsender vertretenen Rechtsauffassung lediglich beizustimmen (zu vgl. auch Entsch. der RVA. 2202 ArbVers. 1916 S. 567). Einen Zusammenhang mit der Frage zu I vermögen wir nicht zu erkennen.

III. Die Frage ist zu verneinen. Der § 23 Abs. 3 des Ges. v. 26. 9. 19 stellt eine unbedingte Auskunftspflicht der Steuerbehörden fest und entbindet diese daher insoweit von der sonst begründeten Schweigepflicht. Es bedarf daher nicht noch einer besonderen Entbindung von dieser letzteren Pflicht durch irgendwelche Beteiligte.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zum Begriff der Zahnkrankheiten

hat der Verband der Dentisten im Deutschen Reiche auf ein Ersuchen um Äußerung (nach Mitteilung der „Zahntechn. Wochenschr." Nr. 42 S. 1013) vom preuß. Ministerium folgenden Bescheid erhalten: Bezüglich des Begriffs „Zahnkrankheiten" können wir dem bayerischen Staatsministerium des Innern darin beistimmen, daß der Begriff nicht zu eng gefaßt werden darf. Als praktisch wichtigste Zahnkrankheiten, soweit sie Schmerzen und solche Störungen machen, die den Versicherten zu veranlassen pflegen, sachverständige Hilfe in Anspruch zu nehmen, kommen in Betracht: 1. die Entzündung des Zahnmarks, 2. die Entzündung der Zahnwurzelhaut. Diese ist noch wichtiger als die erste, weil sie infolge ihrer Schmerzhaftigkeit die Kranken am häufigsten zum Arzte treibt. Nun muß zugegeben werden, daß bei jeder Zahnwurzelhautentzündung die dem Kieferknochen angehörende Zahnwurzelhöhle und auch die weitere Umgebung in Mitleidenschaft gezogen wird. Wollte man unter „Zahnkrankheiten" nur die Krankheiten verstehen, die auf den eigentlichen Kiefer oder andere Teile des Mundes noch nicht übergegriffen haben, so würde man bei der Zahnwurzelhautentzündung mit dieser Bestimmung nicht auskommen. Hier wird es sich nicht mehr umgehen lassen, im Interesse des Versicherten die Wurzelhautentzündung als Zahnkrankheit zu bezeichnen, die nicht unter den Begriff der „Mund- und Kieferkrankheiten" fällt. Erlaubt man dem Zahntechniker die Behandlung der Pulpa, des sogen. Zahnnerven, so muß man ihm auch die verhältnismäßig einfache und für die Erhaltung des Zahnes wichtige Behandlung der kranken Wurzelhaut erlauben. Um Zweifel möglichst zu beheben, wird es sich empfehlen, diejenigen Zahnkrankheiten zu benennen, die nicht unter den Begriff der Mund- und Kieferkrankheiten fallen und daher der Behandlung der Zahntechniker freistehen sollen. Zu diesen Zahnkrankheiten im Sinne des § 123 RVO. würden zu rechnen sein: Zahnsteinansatz, einfache Karies ohne Erkrankung des Zahnnerven, tiefere Karies mit Erkrankung der Zahnnerven, tiefere Karies mit Zerfall der Zahnnerven und Wurzelhautentzündung.

100 000 000 M für Kriegshinterbliebene!

Dem gewaltigen Umfang des Weltkrieges entsprechend, sind auch die Anforderungen an die Fürsorge für die Kriegsbeschädigten und für die Hinterbliebenen der Gefallenen über alle Erwartungen

hinaus gestiegen. Insbesondere zeigte sich sehr bald, daß das Militär-Hinterbliebenengesetz von 1907, das unter ganz anderen Voraussetzungen geschaffen worden war, in keiner Weise genügte. Um die unzähligen Härten zu lindern, die sich aus ihm ergaben, sind während des Krieges fortwährend neue Bestimmungen getroffen worden. Das Gesetz regelte die Versorgung der Hinterbliebenen lediglich im Verhältnis zum militärischen Einkommen des Verstorbenen. Schon 1915 wurden Zuwendungen eingeführt, die auch sein Arbeitseinkommen, wie es vor dem Kriege war, berücksichtigten. Dann wurde der Kreis der zu versorgenden Hinterbliebenen erweitert, so daß auch die unehelichen Kinder, die Adoptiv- und Pflegekinder, die schuldlos geschiedenen Ehefrauen, die Eltern, die nicht bloß „überwiegend", sondern nur „wesentlich" von dem Gefallenen unterstützt worden waren, und selbst entferntere Verwandte nicht mehr leer ausgingen. Den Witwen, die sich wiederverheirateten, wurde bei Bedürftigkeit eine einmalige Abfindung gewährt. Der steigenden Teuerung wurde durch die Einführung von Zuschlägen, von einmaligen und laufenden Teuerungszulagen entsprochen.

Alle diese Aufwendungen, für die 1917 363 Millionen notwendig waren, während für 1918 mindestens mit dem doppelten Betrage und für 1919 mit noch weit höheren Ausgaben gerechnet werden muß, haben sich bei der großen Zahl der Hinterbliebenen und bei den immer mehr verschlechterten Lebensbedingungen nicht als ausreichend erwiesen. Die Beihilfen aus freiwilligen Mitteln können gleichfalls eine wirksame Hilfe nicht bringen. Infolgedessen ist das Reich zu neuen umfassenden Maßnahmen geschritten. Nachdem schon zu Anfang des Jahres 1919 Mittel für die soziale Kriegshinterbliebenenfürsorge bereitgestellt worden sind, ist nunmehr ein Betrag von 100 Millionen *M* in den Haushaltsentwurf des Reichsarbeitsministeriums eingesetzt worden zur Gewährung von besonderen Beihilfen an bedürftige Hinterbliebene. Sie sollen in erster Linie den Witwen mit Kindern sowie den Vollwaisen und den zwar kinderlosen, aber über 50 Jahre alten oder kranken Witwen zugute kommen. Die Beihilfe für eine Familie beträgt höchstens 100 *M* monatlich, für einzelne Hinterbliebene höchstens 25 *M*.

Die Beihilfen werden zum ersten Male voraussichtlich in der zweiten Hälfte des November, zugleich rückwirkend für Oktober, gezahlt werden. Die Fürsorgestellen sind befugt, die Beihilfe in einzelnen Fällen mehrere Monate im voraus zu verwenden, um, statt baren Geldes, Beihilfen an Lebensmitteln, Kohlen, Holz und Kleidern zu verteilen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Anspruch auf Wochenfürsorge (Wochengeld) bei Totgeburt nach dem Ges. v. 26. 9. 19.

1. Nach Neumarkt (Schles.). Antwort: Die minderbemittelte, gleichviel ob eheliche oder uneheliche Wöchnerin hat nach §§ 17, 19 des Ges. v. 26. 9. 19 Anspruch auf die im § 195a RVO. bezeichneten Leistungen, also insbesondere auch Anspruch auf Wochengeld, und zwar auch wenn das Kind bei der Geburt oder bald nachher stirbt, sofern es nur eine reife, nicht schon vorher im Mutterleibe abgestorbene Frucht war (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 195 RVO.; auch Bescheid des Reichskanzlers in ArbVers. 1915 S. 779). Der Anspruch der unverheirateten Wöchnerin gegen den Vater des Kindes geht in Höhe des vom Reich zu erstattenden Betrages auf das Reich nach § 21 des Ges. über. Die Kasse aber hält sich nur an das Reich (§ 20 des Ges.) und hat mit der Geltendmachung des Anspruchs gegen den unehelichen Vater nichts zu tun.

Anspruch auf Familienhilfe nach dem Ges. v. 26. 9. 19, wenn der Ehemann der Wöchnerin (oder Kranken) erst nach der Niederkunft (oder Erkrankung) in die Kasse eintritt.

2. Nach Sinzig. Antwort: Wochenhilfe nach § 205a RVO. erhalten die versicherungsfreien Ehefrauen usw. der „Versicherten". Danach muß der Ehemann (Vater usw.) der Wöchnerin bei Eintritt des Versicherungsfalls, durch den der Anspruch entsteht, versichert sein. Den Versicherungsfall bildet aber — abgesehen von dem Anspruch auf Schwangerschaftsbeihilfe (§ 195a Ziff. 3) — die Niederkunft. Ein Anspruch gelangt also nicht zur Entstehung, wenn der Ehemann erst nach der Niederkunft Mitglied der Krankenkasse wird. — Anders verhält es sich mit dem Anspruch auf Krankenpflege für versicherungsfreie Familienangehörige, sofern die Satzung einen solchen Anspruch gemäß § 205 b Ziff. 1 RVO. vorsieht. Denn dieser Anspruch ist grundsätzlich nicht durch Erkrankung, sondern nur durch das Bestehen einer Krankheit des Angehörigen während der Mitgliedschaft des Versicherten bedingt, sofern nicht die Satzung bestimmt, daß Angehörige, die bereits beim Eintritt des Versicherten in die Kasse krank sind, keinen Anspruch auf die Kassenleistung haben (ArbVers. 1906 S. 712 Ziff. 9; Entsch. des preuß. ObVerw.Ger. in ArbVers. 1912 S. 512).

Ansprüche der Ausländerinnen nach dem Gesetz über Wochenhilfe usw. v. 26. 9. 19.

3. Nach Wildungen. Antwort: Es ist richtig, daß die Neugestaltung der Wochenhilfe und der Wochenfürsorge durch das Gesetz vom 26. 9. 19 beherrscht ist von dem Zwecke, den deutschen Nachwuchs zu heben und zu kräftigen. Deshalb teilen wir die Auffassung, daß die Wochenfürsorge, welche minderbemittelten Wöchnerinnen, für die nach

dem Gesetze kein Anspruch auf Wochenhilfe besteht, ganz auf Kosten des Deutschen Reiches gewährt wird (§§ 17, 20), nur deutschen Wöchnerinnen gebührt (zu vgl. Leistner in ArbVers. 1919 Heft 32 S. 623). Die Ansprüche derjenigen Wöchnerinnen aber, die selbst versichert sind, oder als Angehörige Versicherter Wochenhilfe nach §§ 2, 10 erhalten, stehen, wie andere Leistungen auf Grund der Versicherung, grundsätzlich Ausländerinnen in gleicher Weise wie Inländerinnen zu.

Zur Krankenversicherung Erwerbsloser. — Wiedereintritt in die frühere Kasse.

4. Nach B. Frage: Eine weibliche Versicherungspflichtige, welche vom Jahre 1915 bis 28. Februar 1919 bei uns Mitglied war, setzte vom 1. 3. 19 ab ihre Mitgliedschaft freiwillig fort und bezahlte ordnungsgemäß ihre Beiträge. Seit dem 1. August erhält sie von der Stadtgemeinde N. Erwerbslosenunterstützung und wurde daher zur Ortskrankenkasse in N. nach dem Unterstützungssatz laut Vereinbarung des dortigen Magistrats mit der im Orte befindlichen Kasse nach Lohnstufe 4 gemeldet. Bei uns hatte sie ihre Versicherung nach ihrer vorherigen Pflichtversicherungsstufe 7 fortgesetzt. Seit dem 8. 10. 19 ist sie erwerbsunfähig erkrankt und bezog von der Kasse in N. Krankenunterstützung. Am 3. 11. 19 ist sie entbunden und beantragt bei uns auf Grund ihrer Mitgliedschaft Wöchnerinunterstützung, mit dem Hinweis darauf, daß es ihr auch durch die Verordnung über Versicherung der Erwerbslosen unbenommen sei, in ihrer alten Kasse und nach ihrer früheren Lohnstufe Mitglied zu bleiben. Die Kasse in N. stellte die Zahlung der Krankenunterstützung ein, da sie in Erfahrung gebracht hatte, daß das Mitglied bei uns freiwillig versichert war. — Bestand die Mitgliedschaft bei der Kasse in N. zu Recht? Welche Kasse ist zur Leistung der Wochenhilfe verpflichtet?

Antwort: Die Kasse in N. war nach § 12a der Bek. über Erwerbslosenfürsorge in der Fassung vom 16. 4. 19 (ArbVers. 1919 Heft 23 S. 452) verpflichtet, für die Aufrechterhaltung der Weiterversicherung zu sorgen und durfte dies auf Grund der mit der Ortskrankenkasse ihres Bezirks getroffenen Vereinbarung bei dieser Kasse tun (§ 12b). Durch die Anmeldung bei dieser Kasse wurde die Erwerbslose deren Mitglied. Dadurch erlosch die Mitgliedschaft bei Ihrer, also bei der bisherigen Kasse gemäß § 312 RVO. In diese kann die Versicherte auf Grund des § 12d Abs. 2 der Bek. erst bei Beendigung der Versicherung nach § 12b wieder eintreten. Diese Voraussetzung ist, soweit ersichtlich, im vorliegenden Falle nicht gegeben. Vielmehr bestand und besteht die Mitgliedschaft in N. auf Grund der Anmeldung durch die Gemeinde und auf Grund des § 311 RVO. noch fort. Die Kasse in N. ist also zur Leistung der Wochenhilfe verpflichtet.

Zur ärztlichen Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit bei Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.

5. Nach X. Antwort: a) Der Fall, daß ein Erkrankter aus der ärztlichen Behandlung entlassen werden kann, während seine Arbeitsunfähigkeit fortdauert, ist bekanntlich nicht selten. Die Krankenordnung kann für solche Fälle bestimmen, daß der Versicherte in gewissen Zeitabschnitten eine ärztliche Bescheinigung über die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit beizubringen hat, und der Kassenarzt wird sich der Ausstellung solcher Bescheinigungen in den bestimmten Zeitabschnitten nicht entziehen können. Ein der Kasse fremder Arzt hingegen ist an die Einhaltung irgendwelcher Fristen in dieser Hinsicht nicht gebunden. Wenn er bei der Entlassung des Versicherten aus der Behandlung, im Hinblick auf die Schwere des Falles, zu der Überzeugung gelangt, daß der Kranke sich noch vier Wochen hindurch von seiner Berufstätigkeit fernhalten muß, und wenn er daraufhin dem Kranken die Arbeitsunfähigkeit für einen Zeitraum von vier Wochen bescheinigt, so ist das keinesfalls etwas Unzulässiges. Ob die Lage des Falles ein solches Zeugnis rechtfertigt, können wir nicht prüfen. Einen Anspruch auf Ersatz des gezahlten Krankengeldes könnte die Kasse gegen den Arzt nur erheben, wenn sie beweisen könnte, daß die Bescheinigung tatsächlich unrichtig war, und daß den Arzt der Vorwurf vorsätzlicher oder fahrlässiger Pflichtverletzung trifft.

b) Wenn der Versicherte seine Ferien in einem Badeorte verlebte und der Kassenarzt ihm ohne eigene Prüfung, lediglich auf eine Bescheinigung des Badearztes hin, die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, so hat die Kasse, die ohne Kenntnis des wirklichen Sachverhalts das Krankengeld bezahlt hat, hinreichenden Anlaß, dies Verfahren zu beanstanden, auch wenn es mit der Arbeitsunfähigkeit an sich seine Richtigkeit haben sollte, so daß der Anspruch auf Krankengeld begründet gewesen wäre. Wir empfehlen Anzeige beim Vorstand der Ärztekammer. Sollte sich ergeben, daß tatsächlich Arbeitsunfähigkeit nicht vorgelegen hat, so würde der Kassenarzt die fahrlässige Irreleitung der Kasse zu vertreten und das Krankengeld zu ersetzen haben (§ 276 BGB.).

c) Wenn der Kassenarzt dem auswärts wohnenden und zur Untersuchung am Kassensitz bestellten Versicherten auf Grund dieser einmaligen Untersuchung bescheinigt, daß der Versicherte „anscheinend" an Muskelrheumatismus und leichtem Lungenkatarrh leide und daß er einen Monat lang arbeitsunfähig gewesen sei, so ist dieser Rückschluß reichlich auffallend. Aber schlechthin unmöglich oder unzulässig ist er nicht. Es kann sein, daß das Wort „anscheinend" sich nicht auf die Krankheit an sich, sondern nur auf die Art der Krankheit bezieht und daß der Arzt aus dem Kräftezustand des Versicherten in Verbindung mit seinen durch das Krankheitsbild unterstützten Angaben nach ärztlicher Erfahrung den Schluß auf eine so lange Dauer der Arbeitsunfähigkeit ziehen durfte. Dabei konnte auch die ortsbehördliche Bescheinigung, daß der Versicherte in der angegebenen Zeit tatsächlich nicht gearbeitet hat, wenigstens unterstützend in Betracht kommen. Wir können in diesem Falle nichts anderes empfehlen, als den Arzt um nähere Erklärung über seinen Befund und über die Umstände, die seinen Rückschluß rechtfertigen, zu ersuchen. — Ob gegen den Versicherten irgendwie vorgegangen werden kann, weil er sich nicht früher bei der Kasse meldete, ist nach der Krankenordnung zu prüfen (§ 529 RVO.).

Ansprüche dauernd Arbeitsunfähiger auf Kassenleistungen.

6. Nach Danzig. Antwort: Die Ansicht, daß ein Weiterversicherter, der während der Weiterversicherung die vollen satzungsmäßigen Leistungen der Kasse bezogen hat (also „ausgesteuert" ist), „automatisch aus der Kasse ausscheiden muß", ist aus dem Gesetz nicht zu begründen. Es kann sich nur darum handeln, was für Ansprüche er beim Eintritt einer neuen Erkrankung hat. Diese Frage ist nach Verschiedenheit der Fälle verschieden zu beantworten. Dabei ist zunächst festzuhalten, daß eine neue Erkrankung im Rechtssinne nur vorliegt und folglich ein neuer Anspruch nur gegeben ist, wenn der Ausgesteuerte inzwischen eine Zeitlang weder eines Heil-

verfahrens bedürftig noch arbeitsunfähig war. In keinem Falle kann hiernach ein dauernd Arbeitsunfähiger nach seiner Aussteuerung einen Anspruch auf Krankengeld darauf gründen, daß inzwischen eine neue Krankheitsursache eingetreten ist; denn da er schon vor diesem Ereignisse arbeitsunfähig war, fehlt es an der gesetzlichen Voraussetzung für den Krankengeldbezug, nämlich daran, daß ihn die neue Krankheit arbeitsunfähig macht (§ 182 Ziff. 2 RVO.; RVA. 2190, Amtl. Nachr. 1916 S. 476, ArbVers. 1916 S. 472). Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung ist aber nicht gleichbedeutend mit Invalidität im Sinne der Invalidenversicherung. Deshalb können auch Invalidenrentner, die nach § 313 RVO. freiwillig in der Kasse verblieben sind, noch nach ihrer Aussteuerung Anspruch auf Krankengeld haben, wenn sie mit dem Rest der ihnen verbliebenen Arbeitsfähigkeit sich einer neuen Erwerbstätigkeit zuwenden, also nicht mehr arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung sind, und wenn sie dann so erkranken, daß sie der neuen Erwerbstätigkeit nicht nachgehen können (Entsch. des RVA. 2144, Amtl. Nachr. 1916 S. 343, ArbVers. 1916 S. 155). Es ist also nicht richtig, wenn Sie meinen, „daß die Arbeitsfähigkeit mit dem *früheren* Berufe zusammenhängt“, daß also das Krankengeld schon deshalb zu versagen sei, weil der Weiterversicherte zur Ausübung der früheren *versicherungspflichtigen* Berufstätigkeit schon vor der neuen Erkrankung nicht mehr fähig war. Richtig ist dagegen, daß man bei chronisch kranken und besonders bei hochbetagten Leuten nicht ohne weiteres wird annehmen können, daß sie zu einer neuen *Berufs*tätigkeit übergegangen sind, weil sie den Rest ihrer Arbeitsfähigkeit noch etwa zu kleinen Gartenarbeiten oder ähnlichen häuslichen Beschäftigungen verwenden. Besonders verdächtig ist in dieser Hinsicht der Fall, in welchem der Arzt den 76 Jahre alten Mann, der an Aderverkalkung litt, zwei Tage vor Ablauf der satzungsmäßigen Leistungsdauer für arbeitsfähig und nach Ablauf dieser zwei Tage wieder als arbeitsunfähig erklärt hat. Diese ärztliche Äußerung ist keineswegs beweisend, sondern die Kasse hat alle Ursache, sie zu beanstanden, um im Streitverfahren feststellen zu lassen, ob nicht eine einheitliche, auch auf jene zwei Tage sich erstreckende Arbeitsunfähigkeit vorliegt, so daß ein neuer Anspruch nicht begründet ist, was wir ohne weiteres annehmen. — Nur auf freiwillig Beitretende (§ 176 RVO.), nicht auch auf freiwillig Weiterversicherte (§ 313) bezieht sich § 215 Abs. 2 RVO. Es ist also nicht zulässig, daß Mitglieder beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung sich unter Beschränkung der Kassenleistungen bei entsprechender Ermäßigung der Beiträge weiterversichern (zu vgl. Entsch. des RVA. 1791, Amtl. Nachr. 1913 S. 833).

Gilt § 1290 RVO. auch für Sonderanstalten?

7. Nach Freiberg i. S. *Frage*: Nach § 1290 RVO. zählt bei der Invalidenversicherung für jede Beitragswoche nur ein Beitrag. Sind mehr Beitragswochen belegt und die überzähligen Marken nicht festzustellen, so scheiden die Beiträge der niedrigsten Lohnklassen aus, bis die zulässige Höchstzahl übrigbleibt. Der § 1372 RVO., der die auf die *Sonder*anstalten entsprechend anzuwendenden Vorschriften aufzählt, enthält keinen Hinweis auf § 1290. Hieraus wird von einer Sonderanstalt (Allgemeiner Knappschaftsverein in Bochum) gefolgert, daß die Bestimmungen des § 1290 für Sonderanstalten nicht zwingend seien (zu vgl. Verhandlungsbericht über die Sitzung des ständigen Ausschusses des Allgemeinen Deutschen Knappschaftsverbandes vom 24. 9. 19 S. 15). Nach diesem Bericht erhebt der Allgemeine Knappschaftsverein in Bochum die reichsgesetzlichen Invalidenversicherungsbeiträge (ebenso wie die knappschaftlichen Pensionskassenbeiträge) in Monatsbeträgen, so daß ein Versicherter, der nur bis zum 1. eines Monats im Bezirk der genannten Sonderanstalt beschäftigt ist, gleichwohl für den ganzen Monat, also für vier bzw. fünf Wochen, Invalidenversicherungsbeiträge entrichten muß. Kehrt der Versicherte am Monatsanfang ab und tritt anschließend im Bereich einer Versicherungsanstalt oder einer anderen Sonderanstalt in versicherungspflichtige Beschäftigung, so werden für ihn auf Grund dieser Beschäftigung für den Rest des Monats nochmals Invalidenversicherungsbeiträge entrichtet, so daß also einige Wochen mit Beiträgen doppelt belegt sind. Der gleiche Zustand tritt ein, wenn ein Versicherter vom Bezirk einer Versicherungsanstalt oder einer anderen Sonderanstalt zum Allgemeinen Knappschaftsverein in Bochum übertritt; erfolgt dieser Übertritt erst gegen Monatsende, so muß der Versicherte auf die verflossenen Wochen des Monats, auf die er bereits Invalidenversicherungsbeiträge geleistet hat, diese Beiträge nochmals zum Bochumer Verein entrichten. Die Frage, ob in Hinsicht auf den Sinn des § 1290 ein Versicherter überhaupt gezwungen werden kann, für die gleiche Beitragswoche doppelte Beiträge zu entrichten, mag hier ausscheiden; es ist Sache des Versicherten, sich hiergegen zu wenden. Hier kommt es darauf an, ob die doppelt belegten Beitragswochen bei der Rentenfestsetzung doppelt angerechnet werden müssen bzw. überhaupt doppelt angerechnet werden dürfen. Meines Erachtens läßt sich daraus, daß sich unter den in § 1372 aufgeführten Bestimmungen der § 1290 nicht mitbefindet, keineswegs schließen, daß die Bestimmungen des § 1290 ausgeschaltet werden, sobald eine Sonderanstalt mit in Frage kommt, und es erscheint zweifelhaft, ob eine Sonderanstalt berechtigt ist, die Bestimmungen des § 1290 für den Fall des Wechsels der zuständigen Versicherungsanstalt „außer Kraft“ zu setzen, wie es in dem eingangs angeführten Verhandlungsbericht heißt. — Der materiellen Seite der Frage ist wenig Gewicht beizulegen. Gleichwohl handelt es sich um eine beträchtliche Anzahl von Beitragswochen, für die die Versicherten die Beiträge wirkungslos entrichten werden; denn nimmt man die Zahl der Fälle, in denen ein Wechsel zwischen der erwähnten Sonderanstalt und den übrigen Versicherungsanstalten eintritt, jährlich mit 100 000 an, so kommen 200 000 Beitragswochen in Frage, die in einem einzigen Jahr den Versicherten verloren gehen können.

Antwort: Der Grundsatz der Invalidenversicherung, daß bei Berechnung der Leistungen für jede Beitragswoche nur *ein* Beitrag angerechnet werden darf, muß auch für die Sonderanstalten gelten, wenigstens was ihre gesetzlichen Leistungen anlangt. Wenn auch die Vorschrift des § 1290 in § 1372 RVO. nicht ausdrücklich aufgeführt ist, so folgt doch aus §§ 1369, 1370, daß auch für die bei einer Sonderanstalt Versicherten die Beitragswoche maßgebend ist. Die Tatsache, daß einzelne Sonderanstalten satzungsgemäß nicht Wochen-, sondern Monatsbeiträge, und zwar für den ganzen Monat, erheben, wenn auch die Beschäftigung nur für einen Teil des Monats erfolgt ist, ändert daran nichts. Die Verhältnisse liegen hier wohl ähnlich wie bei der Krankenversicherung. Dort sind die Kassen auch berechtigt, die Beiträge nach vollen Kalenderwochen zu erheben, auch wenn die Beschäftigung nicht die ganze Woche hindurch gewährt hat. Tritt der Versicherte für den Rest der Woche in eine neue Beschäftigung, für die eine andere Kasse zuständig ist,

so müssen bei dieser Kasse von neuem Beiträge gezahlt werden, obwohl für die ganze Woche bereits bei der vorigen Kasse Beiträge entrichtet sind.

Zur Stellung übernommener Kassenbeamten bei Vereinigung von Kassen (§ 290 RVO.).

8. Nach B. Antwort: Die Vorschrift des § 290 RVO., wonach im Fall einer Kassenvereinigung die aufnehmende Kasse die Beamten und Angestellten der aufgenommenen zu denselben oder gleichwertigen Bedingungen zu übernehmen „hat", ist nach dieser Fassung und nach dem Zwecke, der auf Schutz der Beamten vor Beeinträchtigung gerichtet ist, zwingender Natur. Sie würde diesen Zweck verfehlen, wenn man annehmen wollte, daß die vereinigte Kasse, falls das gesamte Personal über ihren Bedarf hinausgeht, dies als einen „wichtigen Grund" zur Kündigung ansehen dürfe. Sie darf sich nur derjenigen Angestellten durch Kündigung entledigen, die schlechthin auf Kündigung angestellt sind (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1 letzter Absatz, gegen Hoffmann Anm. 2). In dieser Hinsicht würden Sie also gesichert sein, da Ihnen nach dem Regulativ nur aus einem wichtigen Grunde gekündigt werden darf, ein solcher aber nicht vorliegt. Dagegen nehmen wir nicht an, daß Ihnen auch die Rechte eines gemeindlichen Beamten durchaus gewahrt bleiben müssen. Die übernommenen Angestellten und Beamten haben nach ausdrücklicher Bestimmung des § 290 Abs. 1 nur Anspruch auf mindestens gleichwertige, also nicht schlechthin auf gleiche Bedingungen wie bei der aufgenommenen Kasse. Das heißt: es kann in einzelnen Punkten sehr wohl eine Abweichung bestehen, wenn nur im ganzen nicht eine Verschlechterung der Lage der Angestellten eintritt. Daß danach nicht notwendigerweise den Übernommenen auch die bisherige Stellung als „gemeindliche" Beamte gewahrt zu werden braucht, folgt auch aus Abs. 2 Satz 3 des § 290, wonach die Übernommenen unter die Dienstordnung der aufnehmenden Kasse treten. An die Stelle der Dienstordnung tritt das Regulativ nur, falls ein solches auch bei der aufnehmenden Kasse auf Grund des § 359 Abs. 4 RVO. und des preußischen Ministerialerlasses v. 18. 2. 14 (ArbVers. 1914 S. 186) besteht. Nur wenn dies Regulativ auch für Angestellte Ihrer Art die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten vorsieht, würde es auch für Sie gelten.

a) **Ersatzanspruch des Armenverbandes bei Lehrlingen ohne Entgelt.** b) **Vorübergehende Dienste; geringfügiger Entgelt; durchschnittlicher Tagesentgelt; Arbeitstag.**

9. Nach Castrop. Fragen: a) Sind für Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden und für die nach § 494 RVO. ein Krankengeld nicht zu zahlen ist, im Falle der Übernahme der Krankenhauspflege durch die Armenverwaltung gemäß §§ 1503, 1533 RVO. ⅞ oder ¾ des Grundlohnes zu erstatten?

b) Vorübergehende Dienstleistungen sind nach Nr. 3 der Bekanntmachung vom 17. 11. 13 (ArbVers. S. 848) krankenversicherungsfrei, wenn sie von Personen, die sonst keine berufsmäßigen Lohnarbeiten verrichten, zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt ausgeführt werden. Dabei wird als geringfügig ein Entgelt angesehen, der für den Betriebsunterhalt während der Zeit der regelmäßig wiederkehrenden Beschäftigung nicht wesentlich ist. Bei der Fürsorgestelle einer Zeche wird die Reinigung der Räumlichkeiten von einer Frau besorgt, die für die an zwei Tagen der Woche während einiger Stunden zu leistenden Arbeiten eine Monatsvergütung von 30 ℳ erhält. Im übrigen ist die Frau im eigenen Haushalt tätig. Ist die Frau krankenversicherungspflichtig und wie ist in diesem Falle der tägliche Arbeitsverdienst, welcher für die Klassenzuteilung maßgebend sein soll, zu ermitteln? Monatsverdienst geteilt durch die wirklichen 8 Arbeitstage oder durch 30? Für welche Tage würde gegebenenfalls Krankengeld zu zahlen sein?

Antwort: a) Für einen vom Armenverband im Krankenhause Verpflegten, der gegen seine Kasse keinen Anspruch auf Krankengeld, sondern nur Anspruch auf Krankenpflege hat, beschränkt sich auch der Ersatzanspruch des Armenverbandes auf ⅛ des Grundlohnes (Entsch. des RVA. 2347, 2348, ArbVers. 1917 S. 613, 614).

b) Der Regel nach ist ein Lohn für geringfügig zu erachten, wenn er ein Drittel des Ortslohnes nicht erreicht. Von dem Monatsverdienst der Frau mit 30 ℳ entfällt auf einen Tag 1 ℳ. Dieser Betrag würde als geringfügig und die Frau daher als versicherungsfrei anzusehen sein, wenn der Ortslohn mehr als 3 ℳ für den Tag beträgt (zu vgl. Amtl. Nachr. 1903 S. 574). Wäre die Frau dagegen versicherungspflichtig, so würde zur Ermittlung ihres durchschnittlichen Tagesentgelts der Monatslohn durch die Zahl der in einen Monat fallenden wirklichen Arbeitstage zu teilen sein, so daß der Tagesentgelt 30 : 8 = 3¾ ℳ betragen würde (ArbVers. 1912 S. 491). Krankengeld wäre nur zu zahlen für diejenigen Tage, an welchen die Frau nach der Art ihres Beschäftigungsverhältnisses zu arbeiten hatte (RVA. in ArbVers. 1916 S. 135).

Verjährung der Strafverfolgung wegen Verletzung von Meldepflichten und Verjährung der Beitragsrückstände.

10. Nach Coburg. Antwort: Da die Beschäftigung des Arbeiters am 1. August 1914 endete, war die Pflicht des Arbeitgebers zur Anmeldung mit Ablauf dieses Tages erledigt, und es begann hiermit die Verjährung der Strafverfolgung wegen der unterlassenen Anmeldung zu laufen. Die dreimonatige Verjährungsfrist aus § 147 RVO. war sonach, da eine Unterbrechung nicht stattgefunden hat, am 1. November 1914 abgelaufen. Aber unabhängig davon, ob der Arbeitgeber den Beschäftigten angemeldet hatte oder nicht, hatte er die Pflicht, auch das Ende der Beschäftigung zu melden (§ 317 RVO., und die Verletzung dieser Pflicht durch Unterlassung der Abmeldung dauert noch heute fort. Die Verjährung der Strafverfolgung wegen dieser Pflichtverletzung beginnt nicht vor der Nachholung der Abmeldung zu laufen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 5a zu § 530 RVO.; zustimmend: Entsch. des RVA. 2397, Amtl. Nachr. 1917 S. 613, ArbVers. 1918 S. 108). Der ablehnende Bescheid des Versicherungsamts v. 27. April 1919 bezieht sich nur auf die unterlassene Anmeldung. Wir empfehlen daher, nunmehr einen neuen Antrag auf Bestrafung wegen der unterlassenen Abmeldung an das Versicherungsamt zu richten und nötigenfalls Beschwerde beim Oberversicherungsamt sowie, falls auch dieses sich ablehnend verhalten sollte, weitere Beschwerde bei dem Reichsversicherungsamt zu erheben (Entsch. des RVA. 2167, Amtl. Nachr. 1916 S. 381, ArbVers. 33 S. 369).

Die Beiträge für den Arbeiter hat der Arbeitgeber nach § 397 Abs. 1 RVO. bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen. Auch diese Pflicht wird nicht dadurch berührt, daß der Arbeiter nicht angemeldet war (Entsch. des RVA. 2378, Amtl. Nachr. 1917 S. 552, ArbVers. 1917 S. 820). Die

ganze Beitragsforderung der Kasse ist auch im Hinblick auf die für die Kriegszeit erlassene Bekanntm. v. 2. 12. 16 (ArbVers. 1916 S. 852) noch unverjährt. Die Kasse hat daher die Beitreibung in die Wege zu leiten und es dem Arbeitgeber zu überlassen, etwaigen Widerspruch gegen die Zwangsbeitreibung durch Anrufung des Versicherungsamts nach § 405 RVO. zu erheben.

Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen die Gemeinde nach § 1542 RVO. aus Anlaß von Aufruhr?

11. Nach Osnabrück. Antwort: Bei Erlaß des preuß. Gesetzes vom 11. 3. 1850 gehörte die jetzige Provinz Hannover noch nicht zum Königreich Preußen, also zum Geltungsgebiete des genannten Gesetzes, und uns ist nicht bekannt, daß dieses Gesetz etwa später in Hannover eingeführt worden sei. Also dürfte der Magistrat wohl recht haben. Auch in den Motiven zum EinfGes. zum BGB. (S. 191), wo die geltenden „Aufruhrgesetze" erwähnt sind (zu vgl. ArbVers. 1919 Heft 19 S. 379 Ziff. 10), ist über die Geltung für Hannover nichts gesagt. Aus anderen (allgemeinen) Rechtsgründen läßt sich ein Ersatzanspruch gegen die Gemeinde wegen Aufruhrschäden nicht herleiten.

Wirkung einer Änderung des Besoldungsplans der Dienstordnung auf bereits erworbene Ansprüche der Kassenangestellten.

12. Nach Fr. Frage: Der Vorstand der Landkrankenkasse hat 1915 beschlossen, mir als Grundgehalt 1400 ℳ, als Endgehalt 2800 ℳ zu gewähren. Für den Eintritt der Dienstalterszulagen nach Maßgabe des Besoldungsplanes wird ausgegangen vom 1. Januar 1912. Dieser Beschluß wurde gefaßt, um so mein Gehalt dem des Assistenten der Allgem. Ortskrankenkasse hierselbst gleichzubringen, das als Grundgehalt 1650 ℳ hatte. Der Vorstand beabsichtigt jetzt, mich den Kreiskassenassistenten der Kreisverwaltung gleichzustellen. Dadurch würde ich jetzt mit einem Male jährlich 1800 ℳ mehr erhalten. Um dies zu verhindern, wird beabsichtigt, den Ausgang für den Eintritt der Dienstalterszulagen nach Maßgabe des Besoldungsplanes auf den 1. Januar 1915 festzusetzen. Nach der RVO. und dem BGB. läßt sich meines Erachtens der einmal festgesetzte Termin für den Eintritt der Dienstalterszulagen nicht umstoßen ohne meine Einwilligung. Ist dies richtig?

Antwort: Nein! Durch eine Änderung des Besoldungsplans der Dienstordnung kann allerdings in bereits erworbene Rechte des Angestellten nicht zu seinem Nachteil eingegriffen werden. Stellt sich aber die Änderung des Besoldungsplans als eine Besserstellung des Angestellten dar, so kann er nicht in Anspruch nehmen, daß eine einzelne Bestimmung des neuen Planes ihm gegenüber außer Betracht bleibe und die entsprechende Bestimmung des alten Planes anzuwenden sei, um eine noch weitergehende Besserstellung zu erlangen.

Beitragsfreiheit der Wöchnerin nach § 383 Abs. 2 RVO. trotz Wiederaufnahme ihrer Arbeit.

13. Nach O. Frage: Wochenhilfe ist jetzt allgemein für zehn Wochen zu gewähren. Nach § 383 Abs. 2 RVO. sind während des Bezuges von Wochengeld keine Beiträge zu berechnen. Es kommt nun vor und ist auf dem Lande die Regel, daß die Arbeit schon nach vier Wochen wieder aufgenommen wird. Ist die Kasse berechtigt, in diesem Falle Beiträge zu erheben?

Antwort: Nein! Die Beitragsfreiheit nach § 383 Abs. 2 RVO. setzt nur „Bezug", d. h. einen Anspruch auf Gewährung des Wochen- oder des Schwangerengeldes voraus. Das beruht auf der tatsächlichen Unterstellung („Fiktion") der Arbeitsunfähigkeit während der Bezugsdauer. Die Wöchnerin soll, um sich zu schonen und sich und das Kind um so sorgsamer pflegen zu können, nicht genötigt sein, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Deshalb wird ihr das Wochen- und das Schwangerengeld und außerdem noch die Beitragsfreiheit gewährt. Weder der Geldbezug noch die Beitragsfreiheit sind hiernach davon abhängig, ob die Wöchnerin im engeren, eigentlichen Sinne arbeitsunfähig ist, und ob sie sich tatsächlich von einer Erwerbstätigkeit fernhält.

Orthopädische Behandlung, Lichtbehandlung, galvanische Sitzungen usw. als ärztliche Leistungen.

14. Nach Schwerin i. M. Fragen: a) Ist orthopädische Behandlung (Turnen, Massage) unter Leitung des Arztes als ärztliche Behandlung oder als Heilmittel anzusehen? Ebenso, wenn eine Schwester die Aufsicht führt?

b) Als was sind Quarzlicht-, Glühlichtbäder, Röntgenbestrahlungen, Höhensonne und galvanische Sitzungen anzusehen, wenn sie von einem Arzt oder von einer Schwester ausgeführt werden?

Antwort: a) Richtet sich die Behandlung auf Heilung oder Milderung einer Krankheit (nicht etwa bloß auf Kräftigung eines an sich Gesunden), so kann es nicht zweifelhaft sein, daß es sich um eine Leistung des leitenden Arztes, also um ärztliche Behandlung, wenngleich unter Mitwirkung von Hilfspersonen, handelt. Zu vgl. auch § 122 Abs. 1 RVO.

b) Wir verweisen auf unsere Auskunft über Röntgen- und Höhensonne-Bestrahlungen in ArbVers. 1919 Heft 20 S. 398 Ziff. 3, aber auch auf die Ausführungen im Heft 23 S. 456. Sie gelten für andere, ähnliche Heilverfahren, bei denen mit der persönlichen Tätigkeit des Arztes die Anwendung sächlicher Mittel verbunden ist, entsprechend (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 5 a zu § 182 RVO.). Ist die Tätigkeit des Arztes (seine Anordnung, Regelung und Beaufsichtigung) im Vergleich zu dem sächlichen Mittel von überwiegender Bedeutung, so liegt lediglich ärztliche Behandlung vor, gleichviel ob die unmittelbare Anwendung durch den Arzt selbst oder durch eine Hilfsperson nach seiner Anweisung erfolgt.

Versicherungsfreiheit von kündbar angestellten Schutzleuten?

15. Nach B. 10. Antwort: Die Beamteneigenschaft hängt nicht ab von der etatmäßigen oder „festen" Anstellung. Die von der Stadtgemeinde zunächst gegen Kündigung mit bestimmter Frist angestellten Schutzleute sind gemeindliche Beamte, obwohl sie erst nach zehn Jahren die etatmäßige Anstellung erlangen. Übrigens aber hängt ihre Versicherungsfreiheit gar nicht hiervon ab, sondern lediglich davon ab, ob diesen Beamten einer der im § 169 Abs. 1. RVO. bezeichneten Ansprüche gewährleistet ist (zu vgl. ArbVers. 1919 Heft 31 S. 620 Ziff. 8). Dies aber scheint doch nach dem Inhalt Ihrer Anfrage nicht der Fall zu sein.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1268 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 11. Januar 1920 | Heft 2

Das Reichsversicherungsamt.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Das Reichsversicherungsamt ist durch § 87 des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 (RGBl. S. 69) ins Leben gerufen. Als seine Zweckbestimmung wurde die Aufsichtsführung über die als Träger der Unfallversicherung vorgesehenen Berufsgenossenschaften und die Entscheidung über Rekurse bezeichnet, die binnen vier Wochen gegen alle Entscheidungen der für jede Berufsgenossenschaft oder für jede Sektion einer Berufsgenossenschaft zu errichtenden Schiedsgerichte eingelegt werden konnten. Die Tätigkeit des Reichsversicherungsamtes auf dem Gebiete der Unfallversicherung erfuhr bald eine Erweiterung durch die Ausdehnung der Unfallversicherung auf das Transportgewerbe gemäß Gesetz über die Ausdehnung der Unfall- und Krankenversicherung vom 28. Mai 1885 (RGBl. S. 159), auf die land- und forstwirtschaftlichen Betriebe gemäß Gesetz, betr. die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen, vom 5. Mai 1886 (RGBl. S. 132), auf die bei Bauten beschäftigten Personen gemäß Gesetz, betr. die Unfallversicherung der bei Bauten beschäftigten Personen, vom 11. Juli 1887 (RGBl. S. 287) und auf die Seeschiffahrtsbetriebe gemäß Gesetz, betr. die Unfallversicherung der Seeleute und anderer bei der Seeschiffahrt beteiligten Personen, vom 13. Juli 1887 (RGBl. S. 839).

Eine wesentliche Erweiterung der Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts trat infolge des Inkrafttretens des Gesetzes betr. die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889 (RGBl. S. 97) ein, der gegenüber die mit der Abänderung der Unfallversicherung durch das Gesetz betr. Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 (RGBl. S. 335) herbeigeführte Ausdehnung der versicherten Betriebe und die mit der Abänderung der Invaliditäts- und Altersversicherung durch das Invalidenversicherungsgesetz (RGBl. 1899 S. 463) begründete Erweiterung des Kreises der der Versicherungspflicht unterworfenen Personen nur von geringerer Tragweite waren. Von bedeutsamem Einfluß auf die Stellung des Reichsversicherungsamts im Rahmen der Arbeiterversicherung waren die durch die Reichsversicherungsordnung herbeigeführten Änderungen, indem die letztinstanzliche Entscheidung in Angelegenheiten der ebenso wichtigen wie schwierigen Krankenversicherung dem Reichsgericht sowie den obersten Verwaltungsbehörden, dem obersten Verwaltungsgericht und den obersten ordentlichen Gerichten der einzelnen Bundesstaaten abgenommen und auf das Reichsversicherungsamt übertragen wurde. Damit wurde sein Einfluß auf das ganze Gebiet der Arbeiterversicherung ausgedehnt. Diese Erweiterung der Zuständigkeit war um so wichtiger, als zugleich die Krankenversicherungspflicht auf weitere Berufskreise erstreckt wurde, wodurch

der Krankenversicherung geradezu der Stempel einer Volksversicherung aufgedrückt wurde. Auch auf dem Gebiete der Unfallversicherung wurden weitere Betriebe der Unfallversicherung unterstellt, während bei der Invalidenversicherung, abgesehen von einer Erweiterung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen, die Hinterbliebenenversicherung eingeführt wurde. In neuester Zeit ist dem Reichsversicherungsamt endlich durch die Verordnung vom 1. Februar 1919 (RGBl. S. 149) die letztinstanzliche Entscheidung in Militärversorgungssachen überwiesen worden, so daß rein äußerlich eine erhebliche Vermehrung der Spruchtätigkeit erwartet werden kann. Das Reichsversicherungsamt entscheidet hier als Reichsmilitärversorgungsgericht über Rekurse gegen Urteile der Militärversorgungsgerichte, die bei den Oberversicherungsämtern eingerichtet sind.

Hand in Hand mit der fortschreitenden Erweiterung der Zuständigkeit hat sich die Zahl der Beamten vermehrt, ohne daß die grundsätzliche Zusammensetzung des Amtes eine wesentliche Änderung erfahren hätte. Die Zahl sowohl der ständigen als auch der nichtständigen Mitglieder ist fortgesetzt gestiegen. Während im § 87 des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 von mindestens drei ständigen Mitgliedern einschließlich des Vorsitzenden und acht nichtständigen Mitgliedern die Rede ist, beträgt heute die Zahl der ständigen Mitglieder 68 und die Zahl der nichtständigen Mitglieder, für die aber eine große Zahl von Stellvertretern bestellt ist, 132. Daneben werden zahlreiche Hilfsarbeiter vorübergehend beschäftigt. Mit dem Inkrafttreten des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes und mit der Angliederung der Gerichtsbarkeit in Militärversorgungsangelegenheiten sind zwei weitere Abteilungen entstanden, an deren Spitze Direktoren stehen; diese werden zum erstenmal im § 10 des Gesetzes betr. Abänderung der Unfallversicherungsgesetze (RGBl. 1900 S. 537) erwähnt. Im ganzen gibt es drei Abteilungen, eine für die Unfallversicherung, eine für die Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und eine dritte für Militärversorgungsangelegenheiten.

Die Zahl der zur Entscheidung kommenden Streitigkeiten ist im Laufe der Jahre bis zum Ausbruch des Krieges fortgesetzt gestiegen. Auf dem Gebiete der Unfallversicherung nahm die Zahl der Rekurse einen so bedenklichen Umfang an, daß fast alljährlich mindestens ein neuer Senat eingerichtet werden mußte. Die Befürchtung, daß die Rechtsprechung bei der gesteigerten Zahl der Senate auf dem Gebiete der Unfallversicherung nicht einheitlich bleiben könne, führte dazu, durch die Reichsversicherungsordnung die Zulässigkeit des Rekurses wesentlich einzuschränken. Zu dem Zwecke wurden im § 1700 die Fälle festgelegt, in denen der Rekurs ausgeschlossen sein sollte. Immerhin konnte in der kurzen Zeit seit dem Inkrafttreten des III. Buches der Reichsversicherungsordnung bis zum Ausbruch des Krieges die Wirkung dieser Einschränkung schon deshalb nicht voll zum Ausdruck kommen, weil noch erhebliche Reste aus den früheren Jahren aufzuarbeiten waren. Auf der anderen Seite ließen es sich die Berufsgenossenschaften angelegen sein, bei der Entziehung und Minderung der Renten weitgehende Milde walten zu lassen, auch bei der Abschätzung der Unfallfolgen nicht engherzig zu verfahren. Während im Jahre 1911 noch 24 346 Rekurse anhängig waren, sank ihre Zahl im Jahre 1917 auf 4167.

Auch auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wurde die Zulässigkeit der Revision durch § 1696 RVO. gegenüber dem früheren Recht erheblich eingeschränkt. Die Zahl der Revisionen sank von 5 932 im Jahre 1911 auf 2 200 im Jahre 1917. Es kann hier wie bei der Unfallversicherung unbedenklich angenommen werden, daß durch die Beschränkung der Rechtsmittel die unbedeutenden Streitigkeiten ferngehalten werden und dem Reichsversicherungsamt die Entscheidung nur in wichtigen Streitigkeiten verblieben ist.

Die Zulässigkeit der Revision gegen Entscheidungen der Oberversicherungsämter auf

dem Gebiete der Krankenversicherung ist durch § 1695 RVO. von vornherein erheblich eingeschränkt worden, ganz abgesehen davon, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Streitfälle die Oberversicherungsämter endgültig zu entscheiden haben. Von besonderer Bedeutung war hier jedoch die Tätigkeit des Reichsversicherungsamts deshalb, weil bei den zahlreichen, durch die nicht hinreichend klare Fassung der Vorschriften des II. Buches hervorgerufenen Zweifeln die Oberversicherungsämter reichlich Gelegenheit hatten, dem Reichsversicherungsamt gemäß §§ 1693, 1799 RVO. Fragen von grundsätzlicher Bedeutung zur Entscheidung vorzulegen. Die Revisionen stiegen vom Jahre 1914 bis zum Jahre 1917 von 140 auf 268, während gleichzeitig die Zahl der Beschwerden von 582 im Jahre 1914 auf 166 im Jahre 1917 zurückging.

Von Anfang an ist das Reichsversicherungsamt dem Reichsamt des Innern unterstellt gewesen, das nicht nur die Personalangelegenheiten des Amtes zu bearbeiten hatte, sondern auch regelmäßig Veranlassung nahm, die der Beschlußfassung des Bundesrats vorbehaltenen Ausführungsbestimmungen im Reichsversicherungsamt ausarbeiten zu lassen. Sowohl gelegentlich der Abänderung der Gesetzgebung als auch bei sonstigen Gelegenheiten wurde das Reichsversicherungsamt zum Berichte aufgefordert, so daß es in der Lage war, in seinen Vorschlägen Einfluß auf die Gesetzgebung und die Beurteilung von Verwaltungsangelegenheiten zu gewinnen. Zur Zeit untersteht das Reichsversicherungsamt dem Reichsarbeitsministerium.

Schon wiederholt ist die Frage erörtert worden, ob die Stellung, die das Reichsversicherungsamt im Rahmen der Behördenorganisation des Reiches einnimmt, der Bedeutung seiner Tätigkeit auf dem Gebiete des öffentlichen Rechts hinreichend Rechnung trägt. Es wurde dabei das Verlangen zum Ausdruck gebracht, daß den ständigen Mitgliedern eine den Senatspräsidenten und Mitgliedern anderer höchster Gerichtshöfe entsprechende Besoldung und Rangstellung eingeräumt und daß das Reichsversicherungsamt auch äußerlich zu einem obersten Gerichtshof ausgestaltet werde. Diese Erörterungen, die namentlich bei der Beratung über den Haushalt des Reichsamts des Innern von Zeit zu Zeit wiederkehrten, haben niemals zu einem Erfolge geführt, weil die Tätigkeit des Reichsversicherungsamts noch nicht als den anderen obersten Gerichtshöfen gleichwertig angesehen wurde und weil aus einer anderen Stellung des Amtes für die sonstigen dem Reichsamt des Innern unterstellten Behörden Folgerungen gezogen werden würden, die bei der damals üblichen sparsamen Finanzwirtschaft des Reichs als zuweitgehend angesehen wurden. Die Rangerhöhung eines Teils der ständigen Mitglieder scheiterte übrigens auch am Widerstand Preußens. Immerhin konnten im Laufe der Zeit einige Änderungen vorgenommen werden, die die Absicht erkennen ließen, dem Reichsversicherungsamt eine gehobenere Stellung zu geben. So erhielten die für die Erledigung von Rekursen und Revisionen gebildete Spruchkammern durch das Gesetz betr. Abänderung der Unfallversicherungsgesetze (RGBl. 1900 S. 573) die Bezeichnung „Senate" und ihre Vorsitzenden die Bezeichnung „Senatsvorsitzende". Zugleich wurde vorgeschrieben, daß die Vorsitzenden der Senate nicht mehr vom Reichskanzler, sondern wie die Direktoren vom Kaiser ernannt werden sollten. Im § 86 RVO. wurde sodann den Senatsvorsitzenden die Bezeichnung „Senatspräsidenten" beigelegt. Daneben wurde durch die Reichsversicherungsordnung das instanzielle Beschwerdeverfahren mit kollegialer Beschlußfassung erheblich ausgebaut, was zur Bildung von Beschlußsenaten, im Gegensatz zu den Spruchsenaten, führte.

Es wäre eine Täuschung, anzunehmen, daß mit diesen letzten, durch die Reichsversicherungsordnung herbeigeführten Änderungen die Wünsche nach einer anderen Stellung des Reichsversicherungsamts im Behördenorganismus des Reichs ihre Erledigung gefunden haben könnten. Nach wie vor wird für das Reichsversicherungsamt eine den

übrigen höchsten Gerichten im Reich und in Preußen ebenbürtige Stellung beansprucht, die namentlich auch in der besseren Besoldung der ständigen Mitglieder zum Ausdruck kommen soll.

Nach den inzwischen gemachten Erfahrungen wird eine befriedigende Lösung dieser Frage immer dringlicher. Wenn es als selbstverständlich angesehen wird, daß in einem höchsten Gerichtshof durch die Ständigkeit seiner Mitglieder eine gleichmäßige Rechtsprechung gesichert werden muß, so haben sich im Reichsversicherungsamt in neuerer Zeit die Verhältnisse so gestaltet, daß man darüber Zweifel haben kann, ob das Reichsversicherungsamt überhaupt noch über „ständige" Mitglieder verfügt. Früher gehörte es zu den großen Seltenheiten, daß ein Mitglied seine Stellung im Reichsversicherungsamt aufgab, um anderswo eine höher besoldete Stellung anzunehmen. Fast ausschließlich kam ein solcher Wechsel vor, wenn ein Senatsvorsitzender für die Bearbeitung der Angelegenheiten der Arbeiterversicherung in das Reichsamt des Innern berufen wurde, um seine in der Rechtsprechung und Verwaltung erworbenen besonderen Kenntnisse der Gesetzgebung nutzbar zu machen. So schieden in der Zeit von der Errichtung des Reichsversicherungsamts bis zum Jahre 1919 nur fünfzehn Vorsitzende der Senate aus, von denen neun in das dem Reichsversicherungsamt vorgesetzte Reichsamt des Innern (Reichsarbeitsministerium) übertraten. Neuerdings ist hierin insofern eine auffällige Änderung eingetreten, als sich nunmehr unter den jüngeren Mitgliedern das lebhafte Bestreben geltend macht, eine besser dotierte Stellung im Reichsdienst oder auch im Privatdienste zu erlangen. Veranlaßt und erklärlich wird diese Fahnenflucht durch die Tatsache, daß das Aufrücken in die Stelle eines Senatspräsidenten infolge der weitgehenden Ausschließung der Rekurse und Revisionen gegen früher außergewöhnlich lange auf sich warten läßt, so daß in der Regel vor Erreichung des 50. Lebensjahres auf die Übertragung einer solchen Stelle nicht zu rechnen ist. So wurden in den letzten neun Jahren nur sieben Regierungsräte Senatspräsidenten und ein achter zum Direktor des Reichsversicherungsamts befördert. Im gleichen Zeitraum sind aber nicht weniger als vierzehn Regierungsräte ausgeschieden; davon gingen sieben als Vortragende Räte in ein Reichsamt, je einer in das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, in den Dienst eines Bundesstaates sowie drei in Privatdienste. Daß durch eine solche Unruhe im Mitgliederstande die Erledigung der Geschäfte geradezu in Frage gestellt wird, kann wohl nicht bezweifelt werden, zumal wenn berücksichtigt wird, daß es sich hierbei wohl durchweg um besonders befähigte Beamte handelt.

Hier ist Abhilfe dringend geboten. Sie kann nur durch eine gründliche Aufbesserung der Besoldung der Mitglieder erreicht werden, damit die Tätigkeit im Reichsversicherungsamt wieder als Lebensberuf aufgefaßt wird. Wie die Erfahrung aber zeigt, läßt sich die Festsetzung einer höheren Besoldung so lange nicht erreichen, als das Reichsversicherungsamt eine dem Reichsarbeitsministerium nachgeordnete Behörde bleibt, denn alsdann sind entsprechende Folgerungen für andere der Aufsicht der Reichsministerien unterstellte Behörden kaum von der Hand zu weisen. Das Reichsversicherungsamt muß mithin auch seiner äußeren Stellung nach zu einem höchsten Gerichtshof des Reichs ausgestaltet werden. Nur dann ist eine Gewähr dafür geboten, daß, wie bei anderen höchsten Gerichtshöfen, der Abgang der Mitglieder zur Verbesserung ihrer Stellung eine unbekannte Erscheinung wird.

Gegen die Hebung des Reichsversicherungsamts kann nicht wohl der Einwand geltend gemacht werden, daß seiner Tätigkeit in der Öffentlichkeit nicht die gleiche Bedeutung zukomme wie den Entscheidungen anderer Gerichtshöfe. Es mag nur darauf hingewiesen werden, daß seine Entscheidungen in einzelnen Fällen ausdrücklich als für alle Gerichte und Behörden verbindlich erklärt sind, und daß ein weites Gebiet der Recht-

sprechung, das bisher dem Reichsgericht sowie den höchsten ordentlichen Gerichten und Verwaltungsgerichten der einzelnen Bundesstaaten vorbehalten war, nunmehr zur Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts gehört. Dazu kommt die zunehmende Bedeutung der Sozialversicherung für das öffentliche Leben infolge der fortgesetzten Ausdehnung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen überhaupt. Sind doch die Kranken- und die Invalidenversicherung durch die neue Gesetzgebung geradezu eine Volksversicherung geworden, so daß die Rechtsauffassung des Reichsversicherungsamts auf diesen Gebieten für jedermann von unmittelbarer Bedeutung ist. Schließlich darf nicht außer acht gelassen werden, daß in den zahlreichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts nicht nur Spezialfragen des Arbeiterversicherungsrechts, sondern auch Fragen des sonstigen öffentlichen Rechts und des bürgerlichen Rechts berührt werden und eine maßgebende Auslegung finden. Weder mit dem jetzigen Stande der Sozialversicherung noch mit seiner in Aussicht stehenden Weiterentwicklung ist die augenblickliche Stellung des Reichsversicherungsamts vereinbar. Es kann daher nicht auffallen, daß gerade die Träger der Versicherung sowie die Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten, die in und vor dem Reichsversicherungsamt zu tun haben, darauf dringen, daß dem Reichsversicherungsamt endlich die Stellung zugewiesen werde, die ihm in seiner Eigenschaft als höchster Gerichtshof auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung zukommt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 11 der Amtl. Nachr. v. 15. November 1919.)

I. Unfallversicherung.

Die Verlängerung der Rekursfrist auf ein Jahr in dem Falle, daß das angefochtene Urteil mit Unrecht als endgültig bezeichnet ist (§ 1711 RVO.), gilt auch zugunsten des Versicherungsträgers. — Der Mangel der Voraussetzung für die Zulässigkeit des Rekurses gegen ein im Wiederaufnahmeverfahren erlassenes Urteil (§ 1733 RVO.) wird nicht dadurch beseitigt, daß das Oberversicherungsamt zu Unrecht die Wiederaufnahme gegen ein früher von ihm erlassenes Urteil zugelassen hat (3030 S. 420).

Verletzten, die mehrere Unfallrenten von je weniger als ⅔ der Vollrente beziehen, steht, auch wenn die Vomhundertsätze dieser Renten zusammen mindestens 66⅔ ergeben, die Rentenzulage zwar nicht nach der Bekanntm. v. 17. 1. 18 (RGBl. S. 31), aber nach der Verordg. v. 2. 12. 18 (RGBl. S. 1398) zu (3031 S. 421).

Die Zulage zur Unfallrente kann nach § 5 der Bekanntm. v. 17. 1. 18 (RGBl. S. 31) auch dann nicht länger als drei Monate rückwärts, gerechnet vom Beginn des Monats, in dem der Antrag eingegangen ist, gewährt werden, wenn dem Verletzten erst im Laufe eines Rentenstreitverfahrens mit rückwirkender Kraft eine Rente von ⅔ der Vollrente oder mehr zugesprochen worden ist (3032 S. 422).

Den Hinterbliebenen eines infolge Betriebsunfalls verstorbenen Versicherten, die auf Grund der §§ 586 Ziff. 2, 588 RVO. Rente beziehen, steht eine Zulage nach der Bekanntm. v. 17. 1. 18 (RGBl. S. 31) und der Verordg. v. 2. 12. 18 (RGBl. S. 1398) nicht zu (3033 S. 423).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Der Grundsatz, daß eine Vorentscheidung nach § 1657 mit § 1679 RVO. nicht mehr erlassen werden kann, wenn der Vorsitzende des Oberversicherungsamts bereits Beweis erhoben hat (RevEntsch. 1833 Amtl. Nachr. 1914 S. 499), gilt auch, wenn der Vorsitzende seine Vorentscheidung auf ein von der Versicherungsanstalt nach Erlaß des ablehnenden Bescheides eingeholtes Gutachten stützt und führt zur Aufhebung der angefochtenen Entscheidung (2547 S. 424).

Wer das Recht der Weiterversicherung nach § 313 RVO. bereits vor dem Kriege verloren hatte, ist nicht berechtigt, auf Grund des § 1 der Bekanntm. v. 28. 1. 15 (RGBl. S. 49) in die Krankenversicherung wieder einzutreten (2548 S. 425).

Die Bestellung der beamteten Vorstandsmitglieder einer Landesversicherungsanstalt sowie die Regelung der Gehälter einschließlich der Ruhegehälter dieser Vorstandsmitglieder und der im Haupt-

amt beschäftigten Büro-, Kanzlei- und Unterbeamten einer Landesversicherungsanstalt ist nach der RVO. Sache der zuständigen staatlichen oder gemeindlichen Organe und unterliegt nicht der Beschlußfassung des Ausschusses der Landesversicherungsanstalt (2549 S. 425).

Nachzahlung von Rentenzulagen für 1918 ist nach dem 30. 6. 19 zulässig, wenn die Rente selbst erst später festgestellt worden ist; die Vorschrift in § 6 der Bekanntm. v. 3. 1. 18 (RGBl. S. 7) steht in solchem Falle der Nachzahlung nicht entgegen (2550 S. 428).

B. Zur Krankenversicherung.

Totgeburt und Fehlgeburt nach dem Ges. v. 26. 9. 19.

Bescheid des **Reichsarbeitsministeriums** vom 2. Dezember 1919 (II/7032).

Die Entscheidung der vorgetragenen Frage liegt im Einzelfalle den Spruchinstanzen nach der Reichsversicherungsordnung ob. Mit dem hieraus sich ergebenden Vorbehalt bemerke ich, daß die Wochenhilfe nach dem Gesetz vom 26. September 1919 auch bei der Geburt eines toten Kindes zu gewähren ist. Früh- und Fehlgeburten werden als Niederkunft nur dann anzusehen sein, wenn nach der Dauer der Schwangerschaft anzunehmen ist, daß ein lebendes Kind hätte geboren werden können. Wo diese Annahme nicht zutrifft, kann die Gewährung der Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden (§ 195a Abs. 1 Nr. 3 RVO.) in Frage kommen. Allerdings hat das Gesetz zunächst wohl nur an die normalen Schwangerschaftsbeschwerden gedacht, und als solche sind Fehl- und Frühgeburten an sich nicht anzusehen. Anderseits wird der Zweck einer Behandlung von Schwangerschaftsbeschwerden durch Arzt oder Hebamme in vielen Fällen doch nicht nur der sein, der Schwangeren eine Erleichterung zu verschaffen, sondern auch dahin gehen, diese Beschwerden innerhalb des normalen Maßes zu halten und Komplikationen zu vermeiden, die zur Erkrankung oder zur Fehlgeburt führen können. Insoweit dies der Fall ist, würde die Behandlung von Schwangerschaftsbeschwerden gerade dem Zwecke dienen, für den die Wochenhilfe in erster Reihe bestimmt ist, nämlich der Sorge für eine ordnungsmäßige Geburt und Erhaltung des Lebens für das Kind. Wird im Einzelfalle dieser Zweck nicht erreicht, indem gleichwohl Fehlgeburt eintritt, so kann dieser Umstand nicht nachträglich den Charakter der voraufgegangenen Behandlung als den einer Behandlung von Schwangerschaftsbeschwerden abändern. Sobald freilich die Fehlgeburt eintritt, wird von da an von der „Behandlung von Schwangerschaftsbeschwerden“ nicht mehr gesprochen werden können.

Anmerkung: Der vorstehende Bescheid deckt sich im wesentlichen mit dem Bescheide des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) v. 25. 6. 15 in ArbVers. 1915 S. 564. — Daß im Falle der Totgeburt, d. h. wenn das Kind in der Geburt oder alsbald nachher stirbt, außer dem Entbindungskostenbeitrag auch das Wochengeld für zehn Wochen gezahlt werden muß, ist nicht zweifelhaft (zu vgl. Bescheid des Reichskanzlers v. 27. 9. 15, ArbVers. 1915 S. 779). Denn das Wochengeld dient in erster Reihe der Fürsorge für die Erhaltung und Kräftigung der Wöchnerin. Dies ist nach dem Gesetz v. 26. 9. 1919 noch sicherer, da dieses Gesetz der Fürsorge für das Kind durch die Gewährung des Stillgeldes als Pflichtleistung noch besonders Rechnung trägt. Daß das Kind tot zur Welt kommt, kann den Anspruch der Mutter auf die anderen, im wesentlichen für ihre eigene Pflege bestimmten Leistungen nicht ausschließen oder mindern. — Was die Fehlgeburten, d. h. die Fälle betrifft, in denen eine unreife, nicht lebensfähige Frucht vorzeitig ausgestoßen wird, so ist der Entbindungskostenbeitrag ausgeschlossen, weil eine Niederkunft im Sinne der Hervorbringung eines an sich lebensfähigen (wenngleich alsbald gestorbenen) Kindes nicht vorliegt. Dagegen ist, wenn vorher oder auch nur bei der Fehlgeburt selbst Hebammendienste oder ärztliche Behandlung notwendig geworden sind, die Schwangerschaftsbeihilfe zu gewähren. Die Fehlgeburt selbst ist, eben weil sie als Niederkunft nicht gilt, nur der Abschluß der Schwangerschaft und ihrer Beschwerden. Die Gewährung der Schwangerschaftsbeihilfe aber kann nicht davon abhängen, ob es zu einer normalen Niederkunft kommt oder nicht. Denn auch diese Leistung soll nicht nur die Hervorbringung eines lebensfähigen Kindes, sondern auch der Gesunderhaltung der Mutter dienen.

Auch die Gemeinden sind bei der Weiterversicherung der Erwerbslosen gemäß § 12a der Verordnung in der Fassung v. 21. 12. 18 (RGBl. S. 1445) an die Fristen des § 313 RVO. gebunden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Oktober 1919.

Der Photograph W. aus M. war bis zu seinem Eintritt in den Kriegsdienst am 15. April 1916 bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in M. versichert. Er wurde am 7. Februar 1919 aus dem Heeresdienst entlassen und bezieht seit dem 5. März 1919 Erwerbslosenunterstützung von der Stadtgemeinde M. Am 7. April 1919 hat der Stadtmagistrat in M. ihn zur Weiterversicherung bei der genannten Krankenkasse angemeldet. Diese hat die Weiterversicherung abgelehnt mit der Begründung, daß das Recht hierzu durch Fristablauf erloschen sei. Das Versicherungsamt hat sich dem von der Krankenkasse vertretenen Standpunkte angeschlossen. Hiergegen hat der Stadtmagistrat Beschwerde eingelegt. Das Oberversicherungsamt hat gemäß §§ 1799 und 1693 RVO. die Sache an das Reichsversicherungsamt abgegeben. Dieses hat die Beschwerde zurückgewiesen. — Gründe:

Die Entscheidung des vorliegenden Streitfalls hängt von der Beantwortung der Frage ab, ob die Weiterversicherung eines Erwerbslosen nach § 12a der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge vom 13. November 1918 in der Fassung der Verordnung vom 21. Dezember 1918 (RGBl. S. 1445) durch die Innehaltung der in § 3 des Ges., betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334) und § 1 der Bekanntm. über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) vorgeschriebenen sechswöchigen Frist bedingt wird. Dabei handelt es sich um die noch nicht festgestellte Auslegung einer gesetzlichen Vorschrift von grundsätzlicher Bedeutung. Da das Oberversicherungsamt nach § 405 Abs. 2 RVO. über das hier streitige Versicherungsverhältnis endgültig entscheiden würde, so ist die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nach §§ 1799, 1693 RVO. gerechtfertigt.

In der Sache selbst ist das Reichsversicherungsamt dem Versicherungsamt beigetreten. Nach § 12a der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge in der Fassung der Verordnung vom 21. Dezember 1918 hat die fürsorgepflichtige Gemeinde, wenn ein Erwerbsloser zur Fortsetzung der Krankenversicherung berechtigt ist, seine Weiterversicherung herbeizuführen. Danach hat die Gemeinde die Pflicht und die Befugnis, ein Recht auszuüben, das dem Erwerbslosen selbst auf Grund der Reichsversicherungsordnung zusteht. Der Inhalt und die zeitliche Begrenzung dieses Rechts selbst sind aber dadurch, daß seine Ausübung der Gemeinde übertragen worden ist, in keiner Weise verändert oder erweitert worden. Sie sind vielmehr aus der Reichsversicherungsordnung oder den diese ändernden gesetzlichen Vorschriften zu ermitteln. Der Wille, Kassenmitglied zu bleiben, muß daher der Kasse innerhalb der dreiwöchigen Frist des § 313 Abs. 2 RVO. oder innerhalb der sechswöchigen Frist des § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 und des § 1 der Bekanntm. vom 28. Januar 1915 auch in dem Falle angezeigt werden, wenn die Gemeinde die Weiterversicherung des Erwerbslosen herbeiführen will. Zu dieser Auslegung zwingt der Wortlaut des mehrfach erwähnten § 12a. Dafür spricht auch die weitere Entwicklung der für die Erwerbslosenfürsorge maßgebenden Vorschriften. Durch die Verordnung, betr. Änderung der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge, vom 15. April 1919 (RGBl. S. 399) und die darauf beruhende Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge vom 16. April 1919 (RGBl. S. 416) ist in § 12a Abs. 1 für die von der Gemeinde zu bewirkenden Meldungen eine selbständige Frist von zwei Wochen von dem Beginn der Unterstützung ab eingeführt worden, die auch dann Platz greift, wenn die für den Erwerbslosen persönlich maßgebliche Drei- oder Sechswochenfrist bereits vor dem Ende der bezeichneten zweiwöchigen Frist abgelaufen sein sollte. Hierdurch sollte den Gemeinden ein größerer Spielraum als bisher für die zur Weiterversicherung erforderlichen tatsächlichen Feststellungen gewährt und vermieden werden, daß ein bei Beginn der Erwerbslosenfürsorge noch bestehendes Recht auf Weiterversicherung alsbald verloren ginge, ohne daß der Gemeinde hinreichende Zeit zur Verfügung gestanden hätte, die Weiterversicherung auch tatsächlich zu bewirken (zu vgl. Müller, Die Krankenfürsorge für Erwerbslose, in „Arbeiter-Versorgung" 1919 S. 281 ff., und Spielhagen in Monatsschr. für Arb. und Angest. Vers. 1919 Sp. 353 ff., besonders Sp. 357). Damit wurde also die bisherige völlige Abhängigkeit anerkannt. Die entgegenstehende Auffassung von H. Baum („Arbeiter-Versorgung" 1919 S. 444), daß durch die Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge „die Sechswochenfrist des § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 absichtlich durch eine kürzere, von nur zwei Wochen, ersetzt worden sei", entspricht nicht der Entstehungsgeschichte und Bedeutung des neuen § 12a. Auch die Beweisführung des Versicherungsamts in Bremen in der Entscheidung vom 31. März 1919 („Arbeiter-Versorgung" 1919 S. 347 ff.) geht insofern fehl, als dort aus Abs. 2 des § 12a in der Fassung vom 21. Dezember 1918 gefolgert wird, daß ein Verlust des Rechts auf Weiterversicherung nur bei schuldhafter Verzögerung der Meldung durch die Gemeinde anzunehmen sei. Diese Beweisführung beruht auf der zum mindesten recht anfechtbaren Annahme, daß die in dem genannten Abs. 2 vorgesehene Versäumnisfolge in allen Fällen eintrete, in denen das Recht auf Weiterversicherung durch Fristablauf verloren gegangen sei. Was im übrigen die von dem Versicherungsamt in Bremen erörterten unerwünschten Folgen des alten § 12a angeht, so können sie die Auslegung dieser Vorschrift nicht entgegen ihrem Wortlaute maßgebend beeinflussen, sondern nur zu einer anderweiten gesetzlichen Regelung Anlaß geben, die inzwischen ja auch tatsächlich, wie oben ausgeführt, erfolgt ist.

Im vorliegenden Falle, in dem der § 12a noch in der alten Fassung vom 21. Dezember 1918 anzuwenden ist, war das Recht zur Weiterversicherung zur Zeit der Anmeldung des Photographen W. bei der Krankenkasse in M. bereits erloschen, die weitere Versicherung ist also mit Recht abgelehnt worden. Daher war die Beschwerde zurückzuweisen.

Satzungsänderungen für Landkrankenkassen.

Erlaß der **preuß. Minister** für Handel usw., für Landwirtschaft usw. und des Innern vom 20. September 1919 (HMBl. S. 319).

In dem Erlasse vom 21. August 1919 (I A I b 4689 M. f. L., III 6752 M. f. H. u. G.) ist bereits auf die Notwendigkeit hingewiesen, unverzüglich Maßnahmen zur Durchführung der neuen Vor-

schriften über die Wahlen bei den Landkrankenkassen zu treffen. Bei Erlaß der Wahlordnungen werden zweckmäßig gleichzeitig die Satzungen der Landkrankenkassen, soweit sie die Zusammensetzung und Wahl des Vorstandes und des Ausschusses betreffen (zu vgl. namentlich § 81 der Mustersatzung für Landkrankenkassen, Zentralbl. f. d. Dt. Reich 1913 S. 273), mit den nunmehr geltenden Vorschriften des Gesetzes vom 28. Juni 1919 (RGBl. S. 615) in Einklang zu bringen sein. Zu diesem Zwecke empfiehlt es sich, die den §§ 81, 82 der Mustersatzung für Landkrankenkassen entsprechenden Bestimmungen der Satzungen der Landkrankenkassen in Anlehnung an die einschlägigen Bestimmungen der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen (Zentralbl. f. d. Dt. Reich 1913 S. 224) sowie unter Berücksichtigung der Verordnung über die Wahl des Vorstandsvorsitzenden bei den Ortskrankenkassen und über die Kassenangestellten vom 5. Februar 1919 (RGBl. S. 181) durch die in der Anlage unter „VI Verwaltung der Kassen. A. Zusammensetzung und Wahl des Vorstandes und des Ausschusses“ vorgeschlagenen Bestimmungen zu ersetzen.

Wir ersuchen, die Versicherungsämter im angegebenen Sinne zu verständigen. Die Versicherungsämter werden die Landkrankenkassen hinsichtlich der Anwendung und Durchführung der Vorschriften über die Bildung der Organe der Kassen auf die Anmerkung zu § 79 Abs. 9 und 10 der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen zu verweisen haben.

Der Herr Reichsarbeitsminister hat von seiner unter dem 21. August 1919 mitgeteilten Absicht, eine besondere Musterwahlordnung für die Organe der Landkrankenkassen entwerfen zu lassen, abgesehen, da die Musterwahlordnung für die Organe der Ortskrankenkassen auch für die Landkrankenkassen anwendbar wird, wenn ihre Satzungen in der bezeichneten Weise geändert werden.

VI. **Verwaltung der Kasse.**

A. Zusammensetzung und Wahl des Vorstandes und des Ausschusses.

§ 81.

Die Geschäfte der Kasse werden nach dem Gesetz und dieser Satzung durch den Vorstand und den Ausschuß geführt. Die Mitglieder des Ausschusses dürfen nicht dem Vorstand angehören; werden solche in den Vorstand gewählt, so scheiden sie aus dem Ausschuß aus.

a) Kassenvorstand.

§ 82.

I. Der Vorstand besteht aus 12 (9 oder 15) Mitgliedern, von denen 4 (3 oder 5) von den Arbeitgebervertretern und 8 (6 oder 10) von den Versichertenvertretern im Ausschuß getrennt aus ihrer Gruppe zu wählen sind.

II. Die Wahlen sind geheim; gewählt wird nach den Grundsätzen der Verhältniswahl nach näherer Bestimmung der als Anhang beigefügten Wahlordnung, die einen Bestandteil der Satzung bildet.

III. Die Bestimmungen im § 82a Abs. 2, 4—10 gelten entsprechend.

IV. Die Vorstandsmitglieder wählen aus ihrer Mitte in ungetrennter Wahlhandlung den Vorsitzenden des Vorstandes und einen (zwei) (....) Stellvertreter des Vorsitzenden. (Die Wahl wird, falls sich nicht die Mehrheit sowohl der Arbeitgeber als auch der Versicherten im Vorstand über einen vorläufigen Geschäftsleiter einigt, von dem dem Lebensalter nach ältesten Mitglied geleitet.)

b) Ausschuß.

§ 82a.

I. Der Ausschuß besteht aus .... (90) Vertretern, von denen ein Drittel von den beteiligten volljährigen Arbeitgebern und zwei Drittel von den volljährigen Versicherten je aus ihrer Mitte, und zwar getrennt, gewählt werden.

II. Beteiligt sind solche Arbeitgeber, die für ihre versicherungspflichtig Beschäftigten Beiträge an die Kasse zu zahlen haben. Arbeitgeber, die selbst versichert sind, zählen zu den Arbeitgebern, wenn sie regelmäßig mehr als zwei Versicherungspflichtige beschäftigen; andernfalls zu den Versicherten. Für die Wählbarkeit stehen den Arbeitgebern bevollmächtigte Betriebsleiter, Geschäftsführer und Betriebsbeamte der beteiligten Arbeitgeber gleich. Nicht wählbar sind Mitglieder einer Behörde, welche Aufsichtsbefugnisse über die Kasse hat.

III. Die Arbeitgeber führen für je einen versicherungspflichtig Beschäftigten eine Stimme. Arbeitgeber, die mehrere Versicherungspflichtige beschäftigen, führen bis zu .... (100) versicherungspflichtig Beschäftigten für je angefangene .... (10) und wegen der über .... (100) hinausgehenden Zahl für je angefangene .... (20) Beschäftigte eine Stimme. Mehr als .... (30) Stimmen kann kein Arbeitgeber führen.

IV. Wählbar als Vertreter der Versicherten ist nur, wer bei der Kasse versichert ist.

V. Weder wählbar noch wahlberechtigt sind die Arbeitgeber unständig Beschäftigter als solche (und Arbeitgeber, die mit der Zahlung der Beiträge (für mehr als .... Wochen) (für mehr als .... Monate) im Rückstand sind); ferner (unständig Beschäftigte, die nach § 77 Nr. 3 keine Beiträge zahlen, und) Versicherungspflichtige, die Mitglieder einer Ersatzkasse sind, und deren eigene Rechte und Pflichten auf ihren Antrag ruhen.

VI. Wählbar sind nur volljährige Deutsche. Nicht wählbar ist,

1. wer infolge strafgerichtlicher Verurteilung die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter verloren hat oder wegen eines Verbrechens oder Vergehens, das den Verlust dieser Fähigkeit zur Folge haben kann, verfolgt wird, falls gegen ihn das Hauptverfahren eröffnet ist,
2. wer infolge gerichtlicher Anordnung in der Verfügung über sein Vermögen beschränkt ist.

VII. Wer als Arbeitgeber wählbar ist, kann die Wahl nur ablehnen, wenn er

1. das sechzigste Lebensjahr vollendet hat,
2. mehr als vier minderjährige eheliche Kinder hat; Kinder, die ein anderer an Kindesstatt angenommen hat, werden dabei nicht gerechnet,
3. durch Krankheit oder Gebrechen verhindert ist, das Amt ordnungsmäßig zu führen,
4. mehr als eine Vormundschaft oder Pflegschaft führt. Die Vormundschaft oder Pflegschaft über mehrere Geschwister gilt nur als eine; zwei Gegenvormundschaften stehen einer Vormundschaft, ein Ehrenamt der Reichsversicherung einer Gegenvormundschaft gleich,
5. während der unmittelbar vorhergehenden Wahlzeit das Amt mindestens zwei Jahre geführt hat,
6. .....

VIII. Ein Arbeitgeber, der die Wahl ohne zulässigen Grund ablehnt, kann vom Vorsitzenden des Vorstandes mit Geldstrafen bis zu fünfhundert Mark bestraft werden.

IX. Die Wahlen sind geheim; gewählt wird nach den Grundsätzen der Verhältniswahl nach näherer Bestimmung der im Anhang beigefügten Wahlordnung, die einen Bestandteil der Satzung bildet. Auf Grund der Wahl müssen mindestens doppelt so viele Ersatzmänner vorhanden sein, wie Vertreter zu wählen sind. Die Ersatzmänner treten in der Reihenfolge, die sich aus der Wahlordnung ergibt, im Falle des Ausscheidens der Ausschußvertreter oder ihrer Amtsenthebung (§ 24 der Reichsversicherungsordnung) für den Rest der Wahlzeit, sowie wenn nötig, als Stellvertreter im Behinderungsfall ein.

X. Die Wahlzeit dauert vier Jahre. Die Gewählten bleiben nach Ablauf dieser Zeit im Amte, bis ihre Nachfolger eintreten. Wer ausscheidet, kann wiedergewählt werden. Eine Wiederwahl kann nach mindestens zweijähriger Amtsführung für die nächste Wahlzeit abgelehnt werden.

XI. (Für die Wahlen [der Versicherten] wird der Kassenbezirk in folgende Bezirke geteilt, deren jeder getrennt wählt: [Arbeitgeber und] Versicherte wählen getrennt nach folgenden Berufsgruppen:) .....

XII. Die Zahl der in jedem Bezirke (von jeder Berufsgruppe) zu wählenden Vertreter bemißt sich nach dem Verhältnis der (auf volle Hundert abgerundeten) Gesamtzahl der in den einzelnen Bezirken (Berufsgruppen) vorhandenen Wähler. Zu ihrer Berechnung werden in jedem Bezirke (für jede Berufsgruppe) gesonderte Wählerlisten für die beteiligten (Arbeitgeber und) Versicherten aufgestellt. Arbeitgeber wählen in demselben Bezirke (in derselben Berufsgruppe) wie die von ihnen beschäftigten Versicherten, sie dürfen nur als Vertreter eines Bezirkes (einer Berufsgruppe) gewählt werden. In der Bekanntmachung (§ 5 der Wahlordnung) ist die Zahl der in jedem Bezirke (von jeder Berufsgruppe) zu wählenden Vertreter und der mindestens erforderlichen Ersatzmänner anzugeben. In jedem Bezirke (für jede Berufsgruppe) werden gesonderte Wahlausschüsse (§ 11 der Wahlordnung) gebildet.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zuständigkeit zur Bestellung der beamteten Vorstandsmitglieder einer Landesversicherungsanstalt und zur Regelung der Gehälter ihrer Beamten.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 11. Oktober 1919 (2549 Amtl. Nachr. 1919 S. 425).

Die drei angefochtenen Beschlüsse des Ausschusses (der Landesversicherungsanstalt) wollen nicht die Satzung ändern, sondern greifen in Verhältnisse ein, deren Regelung der Satzung nicht vorbehalten ist (zu vgl. §§ 1338, 5, 17, 21, 28, 1277, 1342, 1346, 1347 RVO.) und durch sie nicht erfolgen kann. Daher handelt es sich auch nicht um eine „Satzungsänderung“, die gemäß § 1341 der „Genehmigung“ des Reichsversicherungsamts bedurfte. Wenn der Vorsitzende des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt in seiner Eingabe vom 28. Mai 1919 beantragt hat, den drei Beschlüssen „die Genehmigung zu versagen“, so liegt hierin nur eine unrichtige Ausdrucksweise für die Ausübung des ihm gemäß § 8 zustehenden Rechtes, diese Beschlüsse wegen Verstoßes gegen das Gesetz durch Beschwerde an das Reichsversicherungsamt zu beanstanden. Der Gebrauch des Wortes „beanstanden“ ist nicht notwendig, wenn nur, wie hier, der Inhalt des Schriftstücks die Absicht der Beanstandung ergibt.

Die Aufsichtsbeschwerde (zu vgl. H a n o w, Kommentar zur RVO., 3. Aufl., Anm. 6 und 8 zu § 8) war somit zulässig; sie war auch begründet.

Der erste Beschluß befaßt sich mit der Regelung der Ruhegehälter der beamteten Vorstandsmitglieder und der im Hauptamt beschäftigten Büro-, Kanzlei- und Unterbeamten der Landesversicherungsanstalt, der zweite Beschluß mit der Regelung des Gehalts der Vorsitzenden der Landesversicherungsanstalt und der dritte mit der Ernennung der beamteten Vorstandsmitglieder.

Was zunächst die Beschlüsse zu 1 und 2 betrifft, so sind die beamteten Vorstandsmitglieder nach § 1343 RVO. in Verbindung mit § 2 Abs. 1 der hessischen Verordnung vom 16. Dezember 1911, betreffend die Ausführung des Vierten Buches der RVO. (Regierungsbl. S. 588), Staatsbeamte. Daher regelt sich die Frage ihrer Gehälter und Ruhegehälter nach dem Gesetze, die Besoldungen, Ruhegehalte und Hinterbliebenenversorgung der Staatsbeamten betreffend, vom 9. Juni 1898 (Hessisches Regierungsbl. S. 277 f.) in der Fassung des Gesetzes vom 21. März 1914 (Regierungsbl. S. 97 f.). Nach diesem Besoldungsgesetze richten sich auch bei den im Hauptamt beschäftigten Büro-, Kanzlei- und Unterbeamten der Landesversicherungsanstalt die Gehälter und Ruhegehälter; denn ihnen sind gemäß § 1348 RVO. in Verbindung mit § 2 Abs. 2 der hessischen Verordnung vom 16. Dezember 1911 und §§ 20 ff. der Bekanntm. des hessischen Ministeriums des Innern vom 21. Dezember 1911, betreffend die Ausführung des Vierten Buches der RVO. (Regierungsbl. S. 595), die Rechte und Pflichten der staatlichen Beamten übertragen (zu vgl. auch Begr. zur RVO. S. 416: „und zwar sind die Rechte und Pflichten der staatlichen . . . Beamten auf die bezeichneten Beamten der Versicherungsanstalten im vollen Umfang, insbesondere auch hinsichtlich der Höhe des Gehalts, der Pension . . . zu übertragen“). Sollte das staatliche Besoldungsgesetz für die beamteten Vorstandsmitglieder sowie für die im Hauptamt beschäftigten Büro-, Kanzlei- und Unterbeamten der Landesversicherungsanstalt nicht gelten, so hätte eine dementsprechende Einschränkung in der Reichsversicherungsordnung ausdrücklich ausgesprochen werden müssen. Das ist nicht geschehen; vielmehr ist in § 1349 RVO.

eine besondere Vorschrift lediglich insofern getroffen, als die Versicherungsanstalt ihre Bezüge trägt (siehe auch § 2 Abs. 1 der hessischen Verordnung vom 16. Dezember 1911). Im übrigen bleibt also hinsichtlich der Bezüge lediglich die staatliche Besoldungsordnung maßgebend. Es bedarf keiner näheren Begründung, daß eine Änderung der staatlichen Besoldungsordnung ohne Mitwirkung der gesetzlichen Organe des Staates staatsrechtlich ausgeschlossen ist.

Demnach verstoßen der erste und der zweite Beschluß des Ausschusses gegen die §§ 1343, 1344, 1348 RVO. in Verbindung mit dem Gesetze, die Besoldungen, Ruhegehalte und Hinterbliebenenversorgung der Staatsbeamten betreffend, vom 9. Juni 1898 in der Fassung des Gesetzes vom 21. März 1914 und unterliegen daher gemäß § 8 RVO. der Aufhebung.

Bei der Frage der Gültigkeit des dritten Beschlusses des Ausschusses war zunächst zu prüfen, wem das Recht der Bestellung der beamteten Vorstandsmitglieder zusteht. Nach § 1344 RVO. in Verbindung mit § 2 der hessischen Verordnung vom 16. Dezember 1911 ernannte der Großherzog von H. den Vorsitzenden des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt sowie die weiteren beamteten Vorstandsmitglieder. Gemäß Artikel 9 der vorläufigen Verfassung des Freistaates H. vom 20. Februar 1919 (Regierungsbl. S. 25) werden die Befugnisse, welche nach den Gesetzen und Verordnungen des Landes dem Großherzoge zustanden, nunmehr von dem Gesamtministerium ausgeübt. Demnach steht jetzt dem Gesamtministerium das Recht zu, die beamteten Vorstandsmitglieder der Landesversicherungsanstalt zu ernennen. Wenn daher der Ausschuß in seinem Beschluß zu 3 die künftige Ernennung von beamteten Vorstandsmitgliedern von seiner Zustimmung abhängig gemacht hat, so ist das unzulässig. Das Gesamtministerium ist nach § 2 der vorbezeichneten Verordnung vom 16. Dezember 1911 in seinem Ernennungsrechte nur insoweit gebunden, als die fraglichen Beamten „aus der Zahl derjenigen Personen, welche die Befähigung zur Anstellung im höheren Verwaltungsdienste für den Freistaat H. besitzen", zu nehmen sind. Die Zahl der beamteten Vorstandsmitglieder hat auch nur das Gesamtministerium nach Maßgabe des Geschäftsumfanges zu bestimmen. Diese Bestimmung war in der Begründung zum Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetze (S. 98) ausdrücklich als Recht der Anstellungsbehörde bezeichnet; das Invalidenversicherungsgesetz und die Reichsversicherungsordnung haben daran nichts geändert (zu vgl. auch Hanow-Lehmann, 3. Aufl., Anm. 5 zu § 1344). Die von dem Ausschuß beabsichtigte Einschränkung des staatlichen Ernennungsrechts entbehrt jeglicher gesetzlicher Unterlage.

Demnach verstößt der dritte Beschluß des Ausschusses gegen § 1344 RVO. in Verbindung mit § 2 der hessischen Verordnung vom 16. Dezember 1911 und Artikel 9 der vorläufigen Verfassung des Freistaates H. vom 20. Februar 1919 und war somit gemäß § 8 RVO. ebenfalls aufzuheben.

Sprechsaal.

Zum Verhältnis der Arbeiter- und Angestelltenausschüsse zu den Ausschüssen bei den Betriebskrankenkassen.

Gelegentlich der Zusammenlegung verschiedener Betriebskrankenkassen ist die interessante Frage aufgetaucht, ob die bei den einzelnen Betrieben bestehenden Arbeiter- und Angestelltenausschüsse neben oder im Gegensatze zu den in Frage kommenden Krankenausschüssen ein Mitbestimmungsrecht bezüglich der Zusammenlegung und erforderlich werdenden Satzungsänderungen haben. Da bei der wachsenden Bedeutung und der stets regeren Wirksamkeit der Arbeiter- und Angestelltenausschüsse Anträge derselben auf Mitwirkung bei Satzungsänderungen in Zukunft voraussichtlich immer häufiger werden dürften, empfiehlt sich eine Untersuchung dieser Frage, zumal da eine die Angelegenheit regelnde Spezialbestimmung fehlt.

Die Arbeiter- und Angestelltenausschüsse werden sich bei den fraglichen Anträgen meist auf den § 13 der Verordnung über Tarifverträge, Arbeiter- und Angestelltenausschüsse und Schlichtung von Streitigkeiten vom 23. Dezember 1918 stützen, der vorschreibt, daß die Arbeiter- und Angestelltenausschüsse „die wirtschaftlichen Interessen der Arbeiter und der Angestellten in dem Betriebe, der Verwaltung oder dem Büro dem Arbeitgeber gegenüber wahrzunehmen haben". Sie werden ausführen, daß durch die Bestimmungen der Satzung der Betriebskrankenkassen die wirtschaftlichen Interessen der durch sie vertretenen Arbeiter- und Angestelltenschaft in hohem Maße berührt werden, sie also zur Vertretung der Interessen berechtigt sind. Sie werden sich weiter auf den § 320 RVO. stützen, der bestimmt, daß vor Errichtung einer Krankenkassensatzung die Beschäftigten gehört werden müssen, „die Beschäftigten" aber hier, wie in allen anderen Fällen, durch den Arbeiter- oder Angestelltenausschuß vertreten werden.

Diese Ausführungen wären zutreffend, wenn nicht besondere Krankenkassenausschüsse beständen und wenn nicht die Betriebskrankenkassen selbständige juristische Personen mit voller Rechtsfähigkeit wären. Nach § 345 RVO. ist es aber ausdrücklich dem bei jeder Betriebskrankenkasse obligatorisch errichteten Kassenausschuß vorbehalten, Satzungsänderungen vorzunehmen. Der Krankenkassenausschuß, als eines der Kassenorgane, ist ein besonderer Ausschuß; nach dem Grundsatze, daß das besondere Gesetz dem allgemeineren vorgeht, ist daher in allen Fällen, wo der Kassenausschuß kraft Spezialgesetzes zuständig ist, der allgemeine Arbeiter- und Angestelltenausschuß unzuständig. Es kommt hinzu, daß nach § 4 RVO. jede Betriebskrankenkasse rechtsfähig und selbständiges Rechtssubjekt ist. Der Arbeitgeber ist zwar als solcher im Vorstand und im Ausschuß vertreten und hat ein

Drittel aller Stimmen, die Betriebskrankenkasse ist aber keine „Einrichtung des Arbeitgebers“ wie etwa vom Arbeitgeber gestiftete Wohlfahrtsfonds und Wohlfahrtseinrichtungen. Wohl ist der Arbeitgeber ermächtigt, Betriebskrankenkassen für seine Betriebe zu errichten, aber wenn er sie einmal errichtet hat, dann kann er keine Änderungen wesentlichen Inhaltes vornehmen, sondern dies kann nur die rechtsfähige Betriebskrankenkasse selbst tun mittels ihrer bestimmungsmäßigen Vertreter und unter Beobachtung der Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung. Bei Anträgen auf Satzungsänderungen handelt es sich deshalb nicht um Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Arbeiter und der Angestellten in dem Betriebe, der Verwaltung oder dem Büro dem Arbeitgeber gegenüber, sondern um Anträge in Angelegenheiten außerhalb des Betriebes, des Büros oder der Verwaltung und um Anträge gegenüber einem Dritten. Zu solchen Anträgen sind die Arbeiter- und Angestelltenausschüsse aber nach § 13 der Verordnung vom 23. Dezember 1918 nicht durch das Gesetz ermächtigt.

Wenn es sich auch in vielen Fällen im Interesse beider Teile, nicht zuletzt im Interesse der Betriebskrankenkasse, empfehlen dürfte, bei Satzungsänderungen auch im Einvernehmen mit den Arbeiter- und Angestelltenausschüssen vorzugehen, besonders in Fällen, wo der Arbeiterausschuß infolge von Neuwahlen der augenblicklichen Zusammensetzung der Arbeiterschaft entspricht, während die aus früheren Wahlen hervorgegangenen Krankenkassenausschußmitglieder das Vertrauen der jetzigen Betriebsangehörigen nicht mehr besitzen, so ist es doch wesentlich, festzustellen, daß im Streitfalle Anträgen der Arbeiter- und Angestelltenausschüsse nicht stattgegeben zu werden braucht, der Arbeitgeber auch über derartige Anträge überhaupt nicht zu verhandeln braucht.

Die Lösung der Streitfrage mag manchen Ansichten nicht entsprechen, sie dürfte aber bei der augenblicklichen Rechtslage nach meiner Ansicht die einzig mögliche sein.

Dr. iur. Franz Goerrig, Leiter der Sozialabteilung beim Reichswerk Siegburg.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Erläuterungen des Reichsarbeitsministeriums zum Gesetz über Wochenhilfe usw. vom 26. Sept. 1919.

Das Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 beruht auf einer Vorlage, die aus der Mitte der Nationalversammlung eingebracht worden ist (zu vgl. Drucksachen der Nationalversammlung 1919 Nr. 833). Die der Vorlage beigegebene Begründung beschränkt sich im wesentlichen darauf, die Veranlassung zu dem Gesetze darzulegen, sieht jedoch von einer Erläuterung der einzelnen Vorschriften ab. Da hierdurch die Handhabung des Gesetzes erschwert werden kann, ist von beteiligter Seite der Wunsch geäußert worden, daß das Reichsarbeitsministerium Erläuterungen zu dem Gesetze herausgeben möge. Diesem Wunsche wird im folgenden Rechnung getragen.

Das Gesetz führt nach dem Muster der Kriegswochenhilfe, die sich in sozialpolitischer Beziehung bewährt hat und namentlich auf den Gesundheitszustand sowie die Sterblichkeitsziffer der Neugeborenen von günstigem Einfluß gewesen ist, eine umfangreiche Fürsorge für Wöchnerinnen ein. Die Regelleistungen der Krankenkassen an Wochenhilfe für versicherte Wöchnerinnen sind gegenüber den Vorschriften der RVO. wesentlich erweitert. Ferner ist die Familienhilfe, soweit sie in Wochenhilfe besteht, Regelleistung geworden. Endlich wird allen minderbemittelten Wöchnerinnen, die nicht schon nach sonstigen Vorschriften einen Anspruch auf Wochenhilfe haben, eine Wochenfürsorge aus Mitteln des Reichs zugewendet. Um die Krankenkassen in den Stand zu setzen, die Beiträge entsprechend den neuen Aufwendungen zu erhöhen, sind die in der RVO. vorgesehenen Beitragsgrenzen wesentlich hinaufgesetzt. Außerdem sieht das Gesetz, um eine übermäßige Belastung der Krankenkassen zu verhüten, eine Beteiligung des Reichs an den Kosten der Familienwochenhilfe vor. Weitere Vorschriften dienen der Überleitung der Kriegswochenhilfe in den Friedenszustand. Im einzelnen ist folgendes zu bemerken:

Zu § 1. — Die Regelleistungen der reichsgesetzlichen Wochenhilfe bestanden bisher nur in Wochengeld. Nunmehr sind außerdem Stillgeld sowie ein Beitrag zu den Kosten der Entbindung und eine Beihilfe für Hebammendienste und ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden zu gewähren. Da ferner auch die Familienhilfe, soweit sie in Wochenhilfe besteht, Regelleistung geworden ist, so war der § 179 Abs. 1 RVO., der den Kreis der „vorgeschriebenen“ Leistungen der Krankenkassen, d. h. der Regelleistungen, umschreibt, entsprechend abzuändern. Die Familienhilfe gehört, soweit sie die Gewährung von Krankenpflege und Sterbegeld betrifft, auch weiterhin nicht zu den „vorgeschriebenen“ Leistungen der Krankenkassen und ist somit freiwillige Mehrleistung geblieben.

Zu § 2. — a) Zu § 195 a der RVO.

Die Leistungen der neuen Wochenhilfe entsprechen im wesentlichen den Leistungen der Kriegswochenhilfe, gehen jedoch zum Teil erheblich über sie hinaus. Um der seit Einführung dieser Wochenhilfe eingetretenen Teuerung Rechnung zu tragen, ist der Entbindungskostenbeitrag von 25 *M* auf 50 *M*, der Höchstbetrag der Beihilfe für ärztliche Behandlung und Hebammendienste bei Schwangerschaftsbeschwerden auf 25 *M* erhöht worden. Ferner ist die Dauer des Wochengeldbezuges von 8 Wochen auf 10 Wochen erweitert, von denen mindestens 6 in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen. Das Wochengeld kann also bis zu 4 Wochen vor der Entbindung gezahlt werden. Um versicherte Wöchnerinnen nicht ungünstiger als minderbemittelte zu stellen, denen Wochenfürsorge aus Mitteln des Reichs zukommt (§ 17 des Gesetzes) und die regelmäßig nicht versichert sind, ist für das Wochengeld ein Mindestbetrag von 1,50 *M* täglich, für das Stillgeld ein solches von 75 Pf. täglich festgesetzt. Das Wochen- und das Stillgeld sind ferner, ebenso wie bei der Kriegswochenhilfe, für jeden Kalendertag zu zahlen. Das entspricht, soweit das Wochengeld in Frage kommt, auch der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (Entsch. 2245, Amtl. Nachr. d. RVA. 1916 S. 626).

Nach dem bisherigen § 195 Abs. 2 RVO. konnte für Mitglieder von Landkrankenkassen, die nicht der Gewerbeordnung unterstehen, die Dauer des

Wochengeldbezuges bis auf 4 Wochen herabgesetzt werden. Diese Vorschrift ist in das neue Gesetz nicht übernommen worden, um die landwirtschaftlich versicherten Wöchnerinnen nicht ungünstiger als die gewerblich versicherten zu stellen. Bestimmungen in den Kassensatzungen über eine derartige Herabsetzung des Wochengeldes haben demnach mit dem Inkrafttreten des Gesetzes, also dem 1. Oktober 1919, ihre Geltung verloren.

b) Zu § 195 b der RVO.

Das Gesetz sieht nicht nur neue Regelleistungen, sondern auch neue Mehrleistungen der Krankenkassen vor. Während die gesetzliche Bezugsdauer des Wochengeldes bisher überhaupt nicht erweitert werden durfte, ist nunmehr eine Erweiterung bis zur Höchstdauer von 13 Wochen zulässig. Ferner kann die Dauer des Stillgeldbezugs, die bisher auf 12 Wochen beschränkt war, bis auf 26 Wochen verlängert werden.

c) Zu § 195 c der RVO.

Im Anschluß an die Vorschriften der Kriegswochenhilfe (zu vgl. § 4 der Bekanntm. vom 3. Dezember 1914, § 12 Abs. 3 der Bekanntm. vom 23. April 1915) wird den Krankenkassen das Recht eingeräumt, statt des Entbindungskostenbeitrags und der Beihilfe für Hebammendienste und ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden entsprechende Sachleistungen zu gewähren. Um der Verwaltungsübung der Krankenkassen Rechnung zu tragen, wird es dabei ausdrücklich für zulässig erklärt, statt sämtlicher in Frage kommenden Sachleistungen nur eine oder mehrere von ihnen, beispielsweise also entweder Hebammendienste oder ärztliche Behandlung und Arznei, zu bewilligen. Dann ist jedoch der Wöchnerin der durch die Sachleistungen nicht gedeckte Teil der Barleistungen auszuzahlen. Die Höhe des Abzugs für diese Sachleistungen ist dem pflichtmäßigen Ermessen des Vorstandes überlassen; der Abzug ist nach dem Verhältnis ihres durchschnittlichen Wertes zu dem Werte der Gesamtleistungen, die durch den Pauschbetrag gedeckt werden sollen, für alle Fälle einheitlich zu regeln.

Zu § 3. — Die in dem bisherigen § 197 RVO. vorgesehene Erstattungspflicht der Krankenkassen betraf nur das Wochengeld, da nur dieses bisher Regelleistung war. Da jetzt der Kreis der Regelleistungen erweitert ist, war die Erstattungspflicht ebenso wie bei der Kriegswochenhilfe (§ 9 der Bekanntm. vom 28. Januar 1915) auf sämtliche Leistungen dieser Art zu erstrecken. Für die baren Beihilfen nach § 195 a Nr. 1 und 3 RVO. sind dabei entsprechende Pauschbeträge vorgesehen. Bei der Beihilfe für Hebammendienste und ärztliche Behandlung (Nr. 2 a. a. O.) handelt es sich nicht um einen festen Betrag, sondern um einen Höchstbetrag. Da die an die Stelle dieser Beihilfe getretenen Sachleistungen nicht selten hinter dem Höchstbetrag zurückbleiben werden, so ist der Pauschbetrag nicht auf den gleichen Betrag wie die Beihilfe selbst, sondern auf einen Durchschnittsbetrag von 15 ℳ bemessen.

Die Vorschrift des Abs. 2 entspricht der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts, wonach der Erstattungsanspruch seine Höchstgrenze in dem Betrage findet, den die erstattungspflichtige Kasse bei eigener Leistungspflicht an Wochengeld zu gewähren gehabt hätte (zu vgl. Entsch. 2146, Amtl. Nachr. d. RVA. 1916 S. 350).

Zu §§ 4 bis 6. — Die Streichung der hier bezeichneten Vorschriften der RVO. war geboten, weil die in ihnen vorgesehenen Mehrleistungen nunmehr Regelleistungen der Krankenkassen geworden sind.

Zu § 7. — Die in dem bisherigen § 419 Abs. 2 Halbsatz 2 RVO. angeführten §§ 195 bis 200 RVO. sind durch das neue Gesetz teils geändert, teils gestrichen worden. Es war daher auf die an ihre Stelle getretenen Vorschriften zu verweisen. Die sich aus der entsprechenden Anwendung dieser Vorschriften ergebende Verpflichtung der Arbeitgeber, ihren von der Versicherungspflicht befreiten landwirtschaftlich Beschäftigten und Dienstboten Wochenhilfe zu gewähren (zu vgl. § 8 der Bekanntm. vom 28. Januar 1915 und § 435 RVO.), erstreckt sich übrigens nur noch auf die Zeit bis zum 31. Dezember 1919, weil die in Frage kommenden Befreiungen spätestens mit diesem Zeitpunkt erlöschen (zu vgl. § 9 Abs. 2, § 11 Abs. 2 der Verordnung über Krankenversicherung vom 3. Februar 1919, RGBl. S. 191).

Die Wochenhilfe für die nach § 420 RVO. versicherten Wöchnerinnen ist im § 3 der Bekanntm., betr. Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges, vom 17. März 1918 (RGBl. S. 129), geregelt. Der Anspruch auf diese Wochenhilfe beruht, wie sich aus dem Wortlaut jener Vorschrift ergibt, auf § 8 der Bekanntm. vom 3. Dezember 1914. Die Wochenhilfe ist deshalb gemäß § 3 der Bekanntm. vom 17. März 1918 auch nach Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes weiter zu gewähren, solange diese Vorschrift oder die des § 8 der Bekanntm. vom 3. Dezember 1914 nicht aufgehoben ist.

Zu § 8. — Die Leistungen der Kriegswochenhilfe waren in erster Linie für die Dauer des Krieges bestimmt. Demgemäß enthielten einzelne Vorschriften die Wendung, daß die Leistungen „während der Dauer des gegenwärtigen Krieges" (§ 1 der Bekanntm. vom 3. Dezember 1914) oder „während der Dauer des Krieges" (§ 8 a. a. O.) oder „während der weiteren Dauer des gegenwärtigen Krieges" (§§ 4, 8 der Bekanntm. vom 28. Januar 1915, § 1 der Bekanntm. vom 23. April 1915) zu gewähren seien. Daraus ist jedoch nicht zu folgern, daß die Vorschriften über die Kriegswochenhilfe ohne weiteres mit dem Ende des Krieges außer Kraft treten. Der Bundesrat hat sich in den Bekanntmachungen vom 3. Dezember 1914 (§ 10 Abs. 2), 28. Januar 1915 (§ 11 Abs. 2) und 23. April 1915 (§ 22 Abs. 4) ausdrücklich vorbehalten, den Zeitpunkt des Außerkrafttretens der Bekanntmachungen zu bestimmen. Sie bleiben demnach grundsätzlich so lange in Kraft, als sie nicht durch den an die Stelle des Bundesrats getretenen Reichsrat oder durch ein Reichsgesetz aufgehoben werden. Gleichwohl waren einige besondere Vorschriften schon jetzt erforderlich, um die Kriegswochenhilfe in den Friedenszustand überzuleiten. Sie sind im § 8 Abs. 1 und 2 des erläuterten Gesetzes enthalten.

§ 8 Abs. 1 betrifft Entbindungen, die in der Zeit vor Beendigung des Krieges stattfinden. Die Vorschriften über die Kriegswochenhilfe setzen für die Regel voraus, daß die Ehemänner der Wöchnerinnen Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste „leisten" (§ 1 Nr. 1 der Bekanntm. vom 3. Dezember 1914, § 4 Nr. 3 der Bekanntm. vom 28. Januar 1915, § 1 Nr. 1 der Bekanntm. vom 23. April 1915). Diese Voraussetzung entfällt, sobald der Krieg im staats- und völkerrechtlichen Sinne beendet ist, wobei zu beachten ist, daß die Reichsregierung durch § 27 Abs. 2 des Ausführungsgesetzes zum Friedensvertrage vom 31. August 1919 (RGBl. S. 1530) ermächtigt worden ist, festzustellen, wann im Sinne reichsrechtlicher Vorschriften der Krieg als beendet anzusehen ist. Denn seit der Beendigung des Krieges in diesem

Sinne können Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste begrifflich nicht mehr geleistet werden. Daraus könnte der Schluß gezogen werden, daß diejenigen Wöchnerinnen, die kurze Zeit vor Beendigung des Krieges entbunden worden sind, die fortlaufenden Leistungen der Kriegswochenhilfe, also das Wochen- und das Stillgeld, nur für eine entsprechend kurze Zeit, unter Umständen also für eine weit geringere als die gesetzliche Bezugsdauer, zu gewähren seien. Hierin würde eine Unbilligkeit liegen, da die wirtschaftlichen Verhältnisse des Ehemannes usw. durch die Beendigung des Krieges allein nicht gebessert werden. Um hier jeden Zweifel auszuschließen, macht § 8 Abs. 1 des Gesetzes, der in seinem Wortlaut dem § 5 der Verordnung über versicherungsrechtliche Wirkungen der Aufhebung des Hilfsdienstgesetzes vom 14. Dezember 1918 (RGBl. S. 1434) nachgebildet ist, die unverkürzte Zahlung aus dem einmal entstandenen Anspruch auf Wochenhilfe von der Beendigung des Krieges unabhängig.

§ 8 Abs. 2 Satz 1 bezieht sich auf Entbindungen, die in der Zeit zwischen der Beendigung des Krieges im obigen Sinne und der Entlassung des Kriegsteilnehmers usw. aus dem Militärdienst usw. erfolgen. Da nach der Beendigung des Krieges Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste im Sinne der Vorschriften über die Kriegswochenhilfe nicht mehr geleistet werden können, würden Wöchnerinnen, die in der Zeit zwischen der Beendigung des Krieges und der Entlassung des Ehemannes aus dem Militärdienst usw. entbunden werden, in der Regel keinen Anspruch auf Kriegswochenhilfe haben. Das würde gleichfalls der Billigkeit nicht entsprechen, da, wie bemerkt, die wirtschaftlichen Verhältnisse des Ehemanns usw. durch die Beendigung des Krieges allein nicht berührt werden. Um hier Abhilfe zu schaffen, stellt Abs. 2 Satz 1 die zwischen der Beendigung des Krieges und der Entlassung des Ehemannes aus dem Militärdienst usw. liegende Zeit der Zeit der Leistung von Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Diensten gleich. Die Gleichstellung dieser Dienste hat auch eine entsprechende Anwendung des Abs. 1 zur Folge. Demgemäß wird hier der Anspruch auf unverkürzte Weiterzahlung des Wochen- und des Stillgeldes durch die Entlassung aus dem Militärdienst usw. gleichfalls nicht berührt.

§ 8 Abs. 2 Satz 2 betrifft Entbindungen, die in der Zeit nach der Beendigung des Krieges und zugleich nach der Entlassung aus dem Militärdienst usw. stattfinden. Das Gesetz schreibt hier die entsprechende Anwendung des § 1 der Verordnung über die Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs vom 21. Dezember 1918 (RGBl. S. 1467) vor. Daraus folgt, daß auch in diesen Fällen ein Anspruch auf unverkürzte Auszahlung des Wochen- und des Stillgeldes besteht, sofern die Entbindung binnen 6 Wochen nach der Entlassung erfolgt ist (zu vgl. der Bescheid des Reichsarbeitsamts vom 7. Februar 1919 — II 518 —, ArbVers. 1919 S. 129). Dabei macht es, wie sich aus dem Wortlaut der Verordnung vom 21. Dezember 1918 ergibt, keinen Unterschied, ob der Vater des Kindes eine Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen hat oder nicht.

Für Wöchnerinnen, deren Ehemänner durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme an der Weiterleistung von Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Diensten oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit verhindert sind (§ 1 Nr. 1 der Bekanntm. vom 3. Dezember 1914, § 4 Nr. 3 der Bekanntm. vom 28. Januar 1915, § 1 Nr. 1 der Bekanntm. vom 23. April 1915), ist eine besondere Regelung nicht vorgesehen. Ihre Ansprüche bestimmen sich daher auch nach der Beendigung des Krieges nach den Vorschriften über die Kriegswochenhilfe, die jetzt noch fortbestehen und für diese Gruppe von Wöchnerinnen auch noch weiter fortbestehen müssen.

Zu § 9. — Da die in dem Gesetze vorgesehenen Leistungen an Wochenhilfe und Wochenfürsorge gegenüber den Leistungen der Kriegswochenhilfe zum Teil erhöht oder erweitert sind, waren für Wöchnerinnen von Kriegsteilnehmern usw. zur Vermeidung von Unbilligkeiten die gleichen Maßnahmen geboten (zu vgl. auch unten zu § 24).

Zu § 10. — a) Zu § 205a der RVO. Wie bereits bemerkt, ist die Familienhilfe, soweit sie in Wochenhilfe besteht, Regelleistung der Krankenkassen geworden. An der Rechtslage, daß Träger des Anspruchs auf Familienhilfe der Versicherte ist (Rev. E. 2472, Amtl. Nachr. d. RVA. 1918 S. 424), ist dadurch nichts geändert worden. Eine vorgängige Versicherungsdauer (im folgenden der Kürze halber „Wartezeit" genannt), wie § 195a RVO. in der Fassung des § 2 des Gesetzes sie für versicherte Wöchnerinnen vorsieht, ist nach dem derzeitigen Wortlaut des Gesetzes bei der Familienwochenhilfe nicht vorgeschrieben. Zugunsten dieser Regelung läßt sich geltend machen, daß die Wöchnerinnen durch Einführung einer solchen Wartezeit unter Umständen schlechter als nach dem bisherigen Recht gestellt würden. Denn wenn auch die Gewährung der Familienhilfe mit Rücksicht darauf, daß sie bisher eine freiwillige Mehrleistung der Krankenkassen war, von gewissen Bedingungen, insbesondere von einer vorgängigen Versicherungsdauer, abhängig gemacht werden konnte, so hatte doch eine Reihe von Krankenkassen hiervon keinen Gebrauch gemacht. Gleichwohl wird es sich empfehlen, auch für die Familienwochenhilfe eine pflichtmäßige (obligatorische) Wartezeit einzuführen, da sonst die versicherungsfreien Wöchnerinnen günstiger als selbstversicherte gestellt würden. Überdies ist die Einführung einer solchen Wartezeit im geldlichen Interesse der Krankenkassen erwünscht, wenngleich die Belastung, die ihnen durch die neue Familienwochenhilfe erwächst, dadurch verringert wird, daß die Kosten zur Hälfte vom Reich erstattet werden. Es ist daher bereits eine entsprechende Änderung des Gesetzes vom 26. September 1919 in Aussicht genommen. Dadurch wird zugleich einem aus den Kreisen der Kassenverbände geäußerten Wunsche Rechnung getragen. Solange das Gesetz nach der angegebenen Richtung hin nicht geändert ist, darf jedoch die Gewährung der Familienwochenhilfe nicht von der Zurücklegung einer Wartezeit abhängig gemacht werden.

Die Familienwochenhilfe ist versicherungsfreien Ehefrauen, Töchtern, Stief- und Pflegetöchtern der Versicherten zu gewähren, sofern sie mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben. Zu den Stieftöchtern sind auch uneheliche Töchter der Ehefrau eines Versicherten zu zählen. Der aus dem früheren § 205 der RVO. übernommene Ausdruck „versicherungsfrei" ist für diese Vorschrift in den Schriften verschieden ausgelegt worden. Einerseits wurde angenommen, daß als versicherungsfrei alle Personen anzusehen seien, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen, und daß somit auch Personen, die von dem Rechte der freiwilligen Versicherung oder der Weiterversicherung Gebrauch gemacht haben, als versicherungsfrei zu erachten seien (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2c zu § 205 RVO. sowie Olshausen, Krankenvers. Anm. 3 zu § 205). Demgegenüber wurde von anderer Seite geltend gemacht, daß Personen der letzteren Art (freiwillige Mitglieder) nicht als versicherungsfrei im

Sinne der Vorschriften über die Familienhilfe gelten könnten (zu vgl. von Frankenberg, Kommentar Anm. 2b zu § 205 RVO.; Stier-Somlo, Kommentar Anm. 3b zu § 205). Das Reichsversicherungsamt hat zu dieser Frage, deren Beantwortung im ersteren Sinne unter Umständen zu einer wirtschaftlich nicht gerechtfertigten Doppelversorgung führen würde, noch nicht Stellung genommen, sie vielmehr in der Entsch. 2495 (Amtl. Nachr. d. RVA. 1918 S. 509) ausdrücklich dahingestellt gelassen. Um die Frage für das neue Recht klarzustellen, wird in dem, wie erwähnt, in Aussicht genommenen Abänderungsgesetz auf eine andere Fassung des § 205a der RVO. Bedacht genommen werden.

Da Träger des Anspruchs auf Familienhilfe der Versicherte ist, so sind in den Fällen des § 197 RVO. in der Fassung des § 3 des Gesetzes diejenigen Kassen erstattungspflichtig, denen der Versicherte, also der Ehemann, Vater usw. in dem letzten Jahre vor der Niederkunft angehört hat. Tritt der Versicherte während der Bezugsdauer des Wochen- oder des Stillgeldes zu einer anderen Kasse über, so hat diese nach § 212 RVO. die weiteren Leistungen zu gewähren.

b) Zu § 205b der RVO. Soweit die Familienhilfe in der Gewährung von Krankenpflege oder Sterbegeld besteht, ist sie, wie bereits in den Erläuterungen zu § 1 bemerkt, freiwillige Mehrleistung der Krankenkassen geblieben. Ihre Gewährung ist also nach wie vor in das freie Ermessen der Krankenkassen gestellt.

c) Zu § 205c der RVO. Die Vorschrift des § 1542 RVO., die den Übergang von Schadenersatzansprüchen gegen andere auf die Versicherungsträger betrifft, galt bisher nur für Versicherte und ihre Hinterbliebenen. Durch das neue Gesetz ist sie nunmehr auf versicherungsfreie Familienmitglieder, denen Familienhilfe nach § 205a oder 205b RVO. zu gewähren ist, ausgedehnt worden. Durch § 14 des Gesetzes ist ferner § 1542 RVO. dahin abgeändert worden, daß vor dem Worte „Krankheit" das Wort „Schwangerschaft" eingefügt worden ist. Dadurch wird klargestellt, daß auch der Ersatzanspruch einer unehelichen Wöchnerin gegen den Vater des Kindes (§ 1715 BGB.) auf die Krankenkasse übergeht. Eine Streitfrage des bisherigen Rechts ist damit zugunsten der Krankenkassen entschieden. Der § 14, der auf einem bei der zweiten Beratung des Gesetzes in der Nationalversammlung gefaßten Beschlusse beruht (Drucksachen der Nationalversammlung 1919 Nr. 938), ist seines sonstigen Zusammenhanges wegen in denjenigen Abschnitt des Gesetzes aufgenommen worden, der die Überschrift „Familienhilfe" trägt. Mit Rücksicht hierauf ist in beteiligten Kreisen die Auffassung vertreten worden, daß der Ersatzanspruch gegen den Vater des unehelichen Kindes nur bei versicherungsfreien Wöchnerinnen, denen Familienhilfe zu gewähren ist, nicht aber bei selbstversicherten Wöchnerinnen übergehe. Diese Auffassung erscheint nicht begründet. Die Vorschrift des § 1542 RVO., die sich auf Versicherte jeder Art bezieht, ist durch § 14 des Gesetzes ganz allgemein geändert worden. Demgegenüber kommt es für die Auslegung nicht darauf an, unter welcher Überschrift der § 14 in das Gesetz aufgenommen ist. Es würde auch der inneren Berechtigung entbehren, den Übergang des Ersatzanspruchs bei versicherungsfreien Wöchnerinnen zuzulassen, aber bei selbstversicherten auszuschließen. Denn der Zweck des § 1542 RVO. besteht in der Vermeidung von Doppelleistungen, und diese Zweckbestimmung trifft sowohl für versicherte als für versicherungsfreie Wöchnerinnen zu. Der Ersatzanspruch der Wöchnerin geht demnach auch dann auf die Krankenkasse über, wenn die Wöchnerin selbst gegen Krankheit versichert ist.

Zu § 205d der RVO. Die Ausgestaltung der Familienwochenhilfe zur Regelleistung war von der Reichsregierung bereits vor längerer Zeit in Aussicht genommen worden. Bei den Verhandlungen, die darüber stattgefunden haben, ist in den Kreisen der Kassenverbände nachdrücklich der Wunsch vertreten worden, daß die Kassen Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln erhalten möchten. Diesem Wunsche trägt das Gesetz insofern Rechnung, als nunmehr das Reich den Kassen die Aufwendungen für die Familienwochenhilfe zur Hälfte zu erstatten hat. Soweit eine Krankenkasse auf Grund des § 205c RVO. von dem Vater des Kindes Ersatz erlangt, hat das Reich Anspruch auf Anrechnung der Hälfte. Der von ihm zu leistende Ersatz mindert sich also in diesen Fällen um die Hälfte des der Kasse von dem unehelichen Vater geleisteten Ersatzes. Diese Regelung legt den Krankenkassen die Pflicht auf, den auf sie übergegangenen Anspruch gegen den unehelichen Vater nach Möglichkeit geltend zu machen; indessen wird es der Absicht des Gesetzgebers entsprechen, wenn hierbei Härten vermieden werden.

Die im Abs. 3 vorgesehenen Ausführungsbestimmungen sind am 30. 9. 19 erlassen worden (RGBl. S. 1813).

Tritt während des Bezuges der Wochenhilfe der Versicherte zu einer anderen Krankenkasse über, so gilt die Vorschrift des § 212 RVO. entsprechend. Jede hiernach beteiligte Krankenkasse hat dann die von ihr verauslagten Beträge dem Versicherungsamt besonders nachzuweisen. Zur Vermeidung von Weitläufigkeiten hierbei empfiehlt es sich, daß die erstleistende Kasse dem Versicherten beim Ausscheiden eine Bescheinigung über den von ihr geleisteten Teil der Wochenhilfe erteilt, ebenso bei etwaigem weiteren Kassenwechsel jede nächstleistende Kasse. Diese Bescheinigung wird die neue Kasse vom Versicherten einzufordern und bei Nachweisung der verauslagten Beträge dem Versicherungsamt mit einzureichen haben.

Zu § 11. — Die Vorschrift hat nur redaktionelle Bedeutung. Im § 216 Abs. 2 RVO. war bisher von Familienangehörigen die Rede, denen die „Satzung" Familienhilfe zubilligt. Da nunmehr die Familienhilfe, soweit sie in Wochenhilfe besteht, Regelleistung geworden ist, also nicht mehr auf der Satzung, sondern unmittelbar auf dem Gesetze beruht, war eine Änderung jener Vorschrift geboten.

Zu § 12. — Im Anschluß an § 8 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 wird die Verpflichtung zur Gewährung der Wochenhilfe an versicherungsfreie Familienangehörige von Personen, die nach den §§ 418, 435 RVO. von der Versicherungspflicht befreit sind, dem Arbeitgeber auferlegt. Die Vorschrift ist ebenso wie die des § 7 des Gesetzes nur noch für kurze Zeit von Bedeutung, weil die in Frage kommenden Befreiungen spätestens mit dem 31. Dezember 1919 erlöschen.

Der Anspruch versicherungsfreier Familienmitglieder solcher Personen, welche nach § 420 RVO. versichert sind, bestimmt sich nach § 205a der RVO. in der Fassung des § 10 des Gesetzes. Dabei findet jedoch ein Wegfall oder eine Kürzung von Barleistungen nicht statt, weil eine derartige Beschränkung nach den §§ 420, 425 RVO. nur für die Versicherten selbst gilt, für welche die Barleistungen ganz oder zum Teil durch die Leistungen des Arbeitgebers abgegolten werden.

Zu § 13. — Die im § 205d RVO. in der Fassung des § 10 des Gesetzes vorgesehene Reichsbeihilfe kommt in erster Linie den Krankenkassen (§ 225 RVO.) als den Trägern der reichsgesetzlichen Krankenversicherung zugute. Ihnen sind die knappschaft-

lichen Krankenkassen gleichgestellt, weil sie ebenfalls Pflichtkassen sind. Die Ersatzkassen treten nur insoweit an die Stelle der Pflichtkassen, als die Versicherten von dem Rechte des Ruhens der Rechte und Pflichten nach § 517 Abs. 1 RVO. Gebrauch gemacht haben (zu vgl. Revisionsentsch. 2117, Amtl. Nachr. d. RVA. 1915 S. 771). Den Ersatzkassen steht daher auch nur insoweit ein Anspruch auf die Reichsbeihilfe zu.

Zu § 14. — Vgl. die Erläuterungen zu § 10 unter c.

Zu § 15. — Da die Familienhilfe, soweit sie in Wochenhilfe besteht, Regelleistung geworden ist, sind die Mittel hierfür durch allgemeine Beiträge der Arbeitgeber und der Versicherten aufzubringen. Das Recht zur Erhebung von Zusatzbeiträgen beschränkt sich daher künftig auf diejenigen Fälle, in denen die Familienhilfe als Mehrleistung, also nach § 250b RVO. in der Fassung des § 10 des Gesetzes, gewährt wird.

Zu § 16. Zur Deckung der neuen Aufwendungen sowie mancher durch die Folgen des Krieges veranlaßten Mehrkosten werden die Kassen vielfach eine Erhöhung der Beiträge vornehmen müssen. Dabei bestimmt sich das Maß der Erhöhung für die einzelne Kasse nach deren besonderen Verhältnissen. Das Gesetz hatte sich darauf zu beschränken, die in der RVO. vorgesehenen Höchstgrenzen für die Beiträge hinaufzusetzen. Zu diesem Zwecke ist die in den §§ 366, 388 RVO. vorgesehene Grenze von 4½ v. H. auf 7½ v. H. und die im § 389 Abs. 1, § 390 Satz 1 RVO. vorgesehene Grenze von 6 v. H. auf 10 v. H. erhöht worden. Die Erhöhung der letzteren Beitragsgrenze hatte auch eine Erhöhung der im § 364 Nr. 2 vorgesehenen gleichen Beitragsgrenze zur Folge.

Zu § 17. — Das Gesetz folgt dem bisher für die Krankenversicherung geltenden Grundsatze, daß deren Leistungen auch nichtdeutschen Wöchnerinnen zugute zu kommen haben, soweit es sich dabei um die Wochenhilfe für versicherte Wöchnerinnen und um die Familienwochenhilfe handelt. Denn hier sind die Leistungen der Krankenkassen an Gegenleistungen der Wöchnerinnen oder ihrer Angehörigen geknüpft und müssen demnach allen Wöchnerinnen, für die diese Gegenleistungen bewirkt worden sind, zuteil werden, gleichviel ob die Wöchnerin Deutsche oder Ausländerin ist. Anders liegt die Sache bei der Wochenfürsorge aus Mitteln des Reichs. Sie wird auf Kosten des Reichs ohne jede Gegenleistung durch die Wöchnerinnen oder ihre Angehörigen bewirkt und kann daher nur deutschen Wöchnerinnen zugute kommen. Um jeden Zweifel auszuschließen, soll der Wortlaut des § 17 durch das in Aussicht genommene Abänderungsgesetz entsprechend ergänzt werden. Im übrigen ist die Wochenfürsorge aus Mitteln des Reichs allen minderbemittelten Wöchnerinnen zu gewähren, für die ein Anspruch auf Wochenhilfe nicht schon nach den sonstigen Vorschriften des Gesetzes oder nach den Vorschriften über die Kriegswochenhilfe besteht. Anspruchsberechtigt sind demnach auch selbstversicherte Wöchnerinnen, die die Wartezeit des § 195a RVO. in der Fassung des § 2 des Gesetzes nicht erfüllt haben, sofern sie minderbemittelt sind.

Die sonstigen Vorschriften des § 17 lehnen sich an § 2 Abs. 2 der Bekanntm. vom 23. April 1915 an. Die Einkommensgrenze für verheiratete Wöchnerinnen ist ebenso wie im § 2 Abs. 2 Nr. 1 a. a. O. auf 2500 M jährlich festgesetzt, wobei sich der Betrag für jedes schon vorhandene Kind unter 15 Jahren um 250 M erhöht. Die Einkommensgrenze für unverheiratete Wöchnerinnen ist auf 2000 M jährlich bemessen, wobei das Vorhandensein weiterer Kinder in der gleichen Weise wie bei verheirateten Wöchnerinnen berücksichtigt wird. Zu beachten ist dabei, daß bei unverheirateten Wöchnerinnen lediglich das Einkommen der Wöchnerin selbst maßgebend ist. Die wirtschaftlichen Verhältnisse der Eltern oder sonstiger Verwandter, die der Wöchnerin Unterhalt zu gewähren haben, sind nicht entscheidend. Beantragt eine Wöchnerin, die für ihre Person als minderbemittelt im Sinne des Gesetzes anzusehen ist, Wochenfürsorge, so ist demnach dem Antrage ohne weitere Ermittlungen über die Vermögensverhältnisse der Eltern usw. stattzugeben. Dem Reiche, das der Kasse ihre Aufwendungen zu erstatten hat, bleibt es überlassen, sich auf Grund des § 21 des Gesetzes an die Eltern oder sonstige Verwandte der Wöchnerin zu halten. Durch diese Regelung wird namentlich denjenigen Fällen Rechnung getragen, in denen sich die Eltern usw. weigern, der Wöchnerin Unterhalt zu gewähren.

Zu § 18. — Die Wochenfürsorge liegt derjenigen Allgemeinen Ortskrankenkasse ob, in deren Bezirk die Wöchnerin ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat. Die Landkrankenkassen sind nur zuständig, wo eine Allgemeine Ortskrankenkasse nicht besteht. Bestehen Land- und Allgemeine Ortskrankenkasse nebeneinander, so ist zur Vermeidung von Zweifeln und möglichen Doppelzahlungen die Gewährung der Leistungen nur den Ortskrankenkassen zugewiesen worden. Bei der Durchführung der Wochenfürsorge kann sich die zuständige Kasse, wie sich aus den im § 23 Abs. 2 entsprechend für anwendbar erklärten §§ 219, 220 RVO. ergibt, der Mitwirkung anderer Kassen bedienen.

Zu § 20. — Die Ausführungsbestimmungen gemäß Abs. 3 sind am 30. September 1919 erlassen worden (RGBl. S. 1813).

Zu § 21. — Außer dem Unterhaltsanspruch der Wöchnerin gegen die Eltern oder die sonstigen Verwandten geht auch der Anspruch der Wöchnerin gegen den Vater des unehelichen Kindes auf das Reich über. Beide Teile haften nach Abs. 3 als Gesamtschuldner. Das Reich kann sich also nach seiner Wahl an den einen oder anderen Teil halten. Soweit es jedoch von dem einen Teil Befriedigung erlangt, ist eine Inanspruchnahme des andern Teiles ausgeschlossen. Die Rechte des Reichs werden von den Krankenkassen in gleicher Weise geltend zu machen sein wie ihre eigenen Rechte auf Grund des § 205c.

Zu § 22. —. Für die Wochenfürsorge aus Mitteln des Reichs ist eine Änderung der Kassensatzungen nicht erforderlich, weil es sich hier nicht um Leistungen aus der Versicherung handelt. Im übrigen müssen die Kassensatzungen den Vorschriften des Gesetzes angepaßt werden. Die Verpflichtung zur Gewährung der Versicherungsleistungen ist allerdings von einer Änderung der Kassensatzungen nicht abhängig. Wohl aber können die Kassen, wenn sie zur Deckung der neuen Aufwendungen ihre Beiträge erhöhen müssen, die erhöhten Beiträge erst nach einer entsprechenden Satzungsänderung verlangen. Wo diese Änderung längere Zeit in Anspruch nimmt, können die Kassen infolge der Verpflichtung, die höheren Leistungen ungeachtet der niedrigeren Beiträge zu gewähren, unter Umständen in eine schwierige Lage kommen. In diesen Fällen kann dadurch Abhilfe geschaffen werden, daß auf Antrag der Kasse das Versicherungsamt gemäß § 391 Abs. 1 RVO. vorläufig eine Erhöhung der Beiträge verfügt.

Zu § 23. — Bei Streit über die Leistungen der Wochenfürsorge entscheidet, wie sich aus Abs. 1 ergibt, in erster Instanz das Versicherungsamt und in zweiter und letzter Instanz das Oberversicherungsamt. Dieses hat jedoch die Sache an das Reichsversicherungsamt abzugeben, wenn es sich um eine noch

nicht entschiedene Frage von grundsätzlicher Bedeutung handelt oder wenn es von einer amtlich veröffentlichten Entscheidung des Reichsversicherungsamts (Landesversicherungsamts) abweichen will (§§ 1693, 1799 RVO.). Die Rechtslage ist demnach insoweit die gleiche, wie sie bei Streit über Ansprüche auf Grund der Bekanntm. vom 3. Dezember 1914 besteht (zu vgl. Entsch. 2072, Amtl. Nachr. d. RVA. 1915 S. 683).

Zu § 24. — Die Vorschrift des § 8 des Gesetzes tritt ihrer Natur nach mit der Beendigung des Krieges in Kraft. Der gleiche Zeitpunkt ist für das Inkrafttreten des § 9 festgesetzt, während die anderen Vorschriften schon am 1. Oktober 1919 in Kraft getreten sind. Bei der Festsetzung jenes Zeitpunktes hat die Nationalversammlung, die das Gesetz am 19. August 1919 verabschiedet hat, anscheinend angenommen, daß im Sinne des § 8 des Gesetzes der Krieg schon vor dem 1. Oktober 1919 beendigt sein werde. Da diese Erwartung nicht eingetroffen ist, erhalten Wöchnerinnen, die nach den Vorschriften über die Kriegswochenhilfe anspruchsberechtigt sind, die im § 9 bezeichneten erhöhten Leistungen nach dem Wortlaut des Gesetzes erst von der Beendigung des Krieges ab, während sie den übrigen nach diesem Gesetze berechtigten Wöchnerinnen schon vom 1. Oktober 1919 ab zukommen. In dem beabsichtigten Abänderungsgesetz (zu vgl. die Erläuterungen zu § 10 unter a) wird darauf Bedacht genommen werden, diesen vom Gesetzgeber offenbar nicht gewollten Unterschied auszugleichen. Indessen wird auch schon vor der Abänderung des Gesetzes nichts dagegen einzuwenden sein, daß die erhöhten Leistungen bereits vom 1. Oktober 1919 ab gewährt werden.

Wöchnerinnen, die unter das neue Gesetz fallen, erhalten, wenn sie vor dem 1. Oktober 1919 entbunden worden sind, von diesem Tage ab das Wochen- und das Stillgeld nach den neuen Vorschriften, jedoch abzüglich der zwischen dem Tage der Niederkunft und dem 1. Oktober 1919 liegenden Zeit. Das Gesetz ist hierbei dem Vorgange des § 10 der Bekanntm. vom 28. Januar 1915, des § 22 Abs. 2 der Bekanntm. vom 23. April 1915 und des § 21 Abs. 2 der Bekanntm. über Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes vom 6. Juli 1917 (RGBl. S. 591) gefolgt. Für Wöchnerinnen, die vor dem 1. Oktober 1919 entbunden sind, bewendet es für die Zeit bis zu diesem Tage bei den bisherigen Vorschriften. Einer besonderen Bestimmung bedurfte es für diejenigen Fälle, in denen am 1. Oktober 1919 die Bezugsdauer für das Wochen- oder das Stillgeld zwar nach den bisherigen Vorschriften, nicht aber nach dem neuen Gesetze abgelaufen war. Wenn beispielsweise eine Wöchnerin, der das Wochengeld nach dem früheren Recht für 8 Wochen zu gewähren war, während es ihr nunmehr für 10 Wochen zu zahlen ist, 9 Wochen vor dem 1. Oktober 1919 entbunden worden ist, so würde sie nach § 24 Abs. 2 Satz 3 des Gesetzes für die 9. Woche nach der Entbindung, also für die letzte Woche vor dem Inkrafttreten des Gesetzes, kein Wochengeld erhalten, während es ihr gemäß Abs. 2 Satz 2 für die 10. Woche nach der Entbindung, also die erste Woche nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, wieder gewährt werden müßte. Um in diesen Fällen einen lückenlosen Bezug der Leistungen zu sichern, ist durch den Schlußsatz des Abs. 2 Vorsorge getroffen, daß die Leistungen (im alten Betrage) auch bis zum 1. Oktober 1919 zu gewähren sind. Die Leistungen für die Zeit seit dem 1. Oktober 1919 sind in diesen Fällen nach den neuen Vorschriften zu gewähren, soweit danach die Leistungspflicht der Kasse am 1. Oktober 1919 noch nicht abgelaufen war.

Zu § 25. — Die Vorschrift entspricht dem Artikel 104 des Einführungsgesetzes zur RVO.

Bevorstehende Abänderung des Gesetzes über Wochenhilfe v. 26. 9. 19.

Durch das Gesetz v. 26. 9. 19 sind Wöchnerinnen, denen Kriegswochenhilfe gemäß der Verordnung vom 25. April 1915 zu zahlen ist, schlechter gestellt, da sie Wochenhilfe nur für 8 Wochen erhalten. Das Versicherungsamt in Elbing bat den Herrn Reichsarbeitsminister um Auskunft, ob die in Aussicht gestellten Ausführungsbestimmungen dieses offenbare Mißverhältnis beseitigen würden, und wie bis dahin zu verfahren sei. Darauf ist folgender Bescheid des Ministers v. 13. 12. 19 (II 7159) ergangen: „Der Nationalversammlung wird demnächst der Entwurf eines Abänderungsgesetzes zum Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 vorgelegt werden, welches u. a. die dortseits erwähnte Schlechterstellung der Kriegswöchnerinnen beseitigt. Es würde diesseits keinem Bedenken begegnen, wenn diesen das Wochengeld schon jetzt für 10 Wochen bewilligt würde, da der betreffenden Vorschrift des Abänderungsgesetzes Rückwirkung beigelegt werden soll."

Hinterlegung von Wertpapieren der Versicherungsträger und Einlösung von Zinsscheinen usw.

Am 1. Dezember 1919 ist die „Verordnung über Maßnahmen gegen die Kapitalflucht" vom 24. Oktober 1919 RGBl. S. 1820 in Kraft getreten, wonach Zins- oder Gewinnanteilscheine, sowie ausgeloste, gekündigte oder zur Rückzahlung fällige Stücke von inländischen Wertpapieren, zur Vermeidung erheblicher Vermögensstrafen (§ 4), nur noch von Banken eingelöst, beliehen oder gutgeschrieben werden dürfen, und zwar nur von solchen Banken, bei denen das ganze Wertpapier oder wenigstens der Zins- oder Gewinnanteilscheinbogen mit dem Erneuerungsschein hinterlegt ist. Als Banken gelten auch Sparkassen und Kreditgenossenschaften, sowie alle Personen und Unternehmungen, die geschäftsmäßig Bank- oder Bankiergeschäfte betreiben. (§ 1.) Ausnahmen gelten für Ausländer (§ 2), oder wenn der Eigentümer ein genaues Stückeverzeichnis seiner Wertpapiere dem zuständigen Finanzamt in doppelter Ausfertigung einreicht und dann das vom Finanzamt bestätigte Stück jedesmal bei der Einlösung usw. der betreffenden Bank vorlegt (§ 3).

Es ist die Frage erörtert worden, wie sich danach die Krankenkassen, bei Berücksichtigung des § 365 RVO., zu verhalten haben (zu vgl. „Ortskrankenkasse" 1919 Nr. 24 Sp. 705). Dabei erhebt sich aber die Vorfrage, ob denn die Verordnung nach ihrem Zwecke, der Kapitalflucht entgegenzuwirken, für die einer Staatsaufsicht unterstehenden öffentlich-rechtlichen Körperschaften und Anstalten, insbesondere also auch für die Träger der Sozialversicherung, überhaupt gilt. Diese Körperschaften werden und können doch wohl nicht mit ihrem Kapital ins Ausland flüchten. Es ist daher nur folgerichtig, wenn eine Bekanntmachung des Reichsfinanzministers vom 22. November 1919 (RAnz. Nr. 273 v. 29. 11. 19) die öffentlich-rechtlichen Körperschaften von der bezeichneten Verordnung ausnimmt. Sie brauchen weder die Wertpapiere noch die Zins- oder Gewinnanteilscheine mit den Erneuerungsscheinen bei einer Bank zu hinterlegen, sondern haben nur der Bank bei der Einlösung ein summarisches mit Unterschrift und Stempel „der Behörde" versehenes Verzeich-

nis der einzulösenden Scheine zu übergeben. Mit Recht wird in der „Berufsgenossenschaft“ (1919 Nr. 22 S. 152, 153) darauf hingewiesen, daß der Ausdruck „Behörde“ hier ungenau ist. Es kann nur die öffentliche Körperschaft — Berufsgenossenschaft, Krankenkasse usw. — gemeint sein, deren vertretungsberechtigtes Organ die Richtigkeit des Verzeichnisses mit seiner Unterschrift, unter Beidrückung des Dienststempels, zu decken hat. — Über „Dienststempel“ der Krankenkassen zu vgl. ArbVers. 1916 S. 743 Ziff. 10.

Verschleppung der Wochenhilfeleistungen in dem an Polen abzutretenden Gebiete.

Der Tischler W. nahm für seine am 10. 10. 19 entbundene Ehefrau die Wochenhilfeleistungen auf Grund des Gesetzes v. 26. 9. 19 in Anspruch. Da ihn die Kasse abwies, wandte er sich an das Versicherungsamt in Berent, dessen Vorsitzender unterm 6. 12. 19 folgenden höchst seltsamen Bescheid erteilte (J. 1036):

„Auf Ihre Beschwerde vom 20. v. Mts. wider die allgemeine Ortskrankenkasse Berent wird Ihnen hierdurch mitgeteilt, daß nach Angabe der allgemeinen Ortskrankenkasse hier, sich dieselbe weder geweigert hat, noch weigert, die Ihrer Ehefrau zustehende Wochenhilfe, gemäß Verfügung des Reichspräsidenten und des Reichsarbeitsministers über Wochenfürsorge vom 26. September d. Js., zu gewähren. Es muß jedoch, um die Mittel zur Auszahlung der Wochenhilfe zu erlangen, vorerst noch eine Satzungsänderung der Krankenkasse vorgenommen werden, wodurch immerhin noch einige Zeit vergehen wird. Sobald die Mittel hierfür zur Verfügung stehen werden, wird Ihnen die allgemeine Ortskrankenkasse die Wochenhilfe für Ihre Ehefrau auszahlen.“

Berent gehört zu dem an Polen abzutretenden Gebiete. Der Herr Einsender weist auf die recht nahe liegende Vermutung hin, daß es sich hier um eine absichtliche Verschleppung handeln dürfte, weil man wohl glaube, um die Zahlung herumzukommen, wenn erst die Besetzung durch Polen erfolgt sei. Der Inhalt des Bescheides zeugt jedenfalls von einer bemerkenswerten Verleugnung des geltenden Rechts. Abgesehen davon, daß von einer „Verfügung des Reichspräsidenten usw.“ gesprochen wird, wo ein gehörig zustande gekommenes Gesetz in Frage steht, wird die gesetzlich begründete Leistung zu Unrecht von einer vorgängigen Satzungsänderung der Kasse abhängig gemacht (zu vgl. hierüber Müller in ArbVers. 1919 Heft 36 S. 701). Und vor allem hatte nicht der Vorsitzende in der Form eines solchen Bescheides, sondern entweder der Spruchausschuß oder der Vorsitzende durch förmliche Vorentscheidung über den Anspruch ein Urteil zu fällen, das der Anfechtung im geordneten Verfahren zugänglich gewesen wäre (§§ 1336, 1657 ff., 1676 RVO.).

Tarifabkommen zwischen den Krankenkassenhauptverbänden und den Ärzteverbänden.

Zwischen den am Berliner Abkommen beteiligten Verbänden ist, nach recht umständlichen, schwierigen Verhandlungen, unterm 9. Dezember 1919 das folgende Abkommen über die Bezahlung der ärztlichen Leistungen zustande gekommen:

1. Der Pauschbetrag beträgt für das Mitglied und Jahr mindestens 8 *M*, höchstens 13 *M* einschließlich der Bezahlung der Fachärzte. Damit sind alle Leistungen abgegolten, auch die sogenannten Sonderleistungen. Bei Überlandbesuchen des Arztes in der Wohnung des Kranken (Ziffer 4) können besondere Vergütungen (Wegegebühren) vereinbart werden.

2. Bei Bezahlung der einzelnen Leistungen wird jeder Besuch in der Wohnung des Kranken mit 3 *M*, jede Beratung in der Wohnung des Arztes mit 2 *M* vergütet. Werden mehrere Erkrankte in einer Familie gleichzeitig besucht, so wird für eine Person die Besuchsgebühr, für jede weitere die Beratungsgebühr bezahlt. Für Nachtbesuche und Nachtberatungen werden mindestens die doppelten Sätze berechnet. Als Nachtzeit gilt die Zeit von abends 8 Uhr bis morgens 8 Uhr.

Die übrigen Leistungen werden mit einem Aufschlag von 50 Prozent zu den Sätzen der Gebührenordnung aus der Zeit vor dem 1. Januar 1914 bezahlt. Diese Sätze bleiben auch bestehen im Falle der Erhöhung der Gebührenordnung.

Abweichungen von den unter 1 und 2 vereinbarten Bedingungen sind jedoch zulässig, wenn sie im beiderseitigen Einvernehmen zugunsten der Ärzte getroffen werden.

3. Bei Bezahlung nach Einzelleistungen ist eine Begrenzung der Gesamtausgaben für die ärztliche Behandlung zu vereinbaren. In der Regel soll unter Berücksichtigung der Tätigkeit des einzelnen Kassenarztes und der von ihm zu behandelnden Krankheitsfälle die Begrenzung stattfinden mit der Maßgabe, daß im Vierteljahrsdurchschnitt die Zahl von zusammen vier Beratungen und Besuchen auf den einzelnen Krankheitsfall nicht überschritten werden darf. Bei Streit entscheidet endgültig das in jedem Kassenarztvertrage vorzusehende Schiedsgericht.

Statt dessen kann im Einverständnis zwischen der Kasse und ihren Ärzten in ländlichen Bezirken auf Wunsch der Kassen vereinbart werden, daß die gesamten Ausgaben für ärztliche Behandlung der Sonderleistungen und der Fachärzte, jedoch ausschließlich der Wegegebühren, bei einem Beitragsfuß von 4½ Prozent des Grundlohns je nach dem durchschnittlichen Grundlohn der Kasse nicht mehr als 15, höchstens 22 Prozent der Beitragseinnahmen betragen dürfen.

Überschießende Beträge werden in Fällen von Abs. 1 und 2 den Ärzten anteilig gekürzt.

Bei Überlandbesuchen des Arztes in der Wohnung des Kranken können besondere Vergütungen vereinbart werden, die nach der Entfernung des Wohnorts des nächstwohnenden Kassenarztes zu berechnen sind. Der Berechnung wird die Entfernung zwischen den amtlich festgesetzten Ortsmitten zugrunde gelegt; für Orte über 100 000 Einwohner wird die Entfernung von der Ortsgrenze berechnet. Jeder angefangene Kilometer wird für voll gerechnet.

Diese Vergütung wird berechnet nach Doppelkilometern und soll unter normalen Wegeverhältnissen betragen für den Doppelkilometer bei Tage 3 *M*, bei Nacht 5 *M*.

Bei Rundfahrten können die vorstehend bezeichneten besonderen Vergütungen (Wegegebühren) auf die Mitglieder der verschiedenen Krankenkassen entsprechend verteilt werden. Eine gemeinsame Entschädigung mehrerer Kassen des gleichen Bezirks ist zulässig.

Für die Gelegenheitsberatungen und Gelegenheitsbesuche auf dem Lande werden dieselben Sätze vergütet wie für Sprechstundenberatungen und Besuche am Wohnorte des Arztes.

Für besondere Fälle kann Abweichendes vereinbart, auch können für einzelne Orte oder größere Bezirke andere Bestimmungen im beiderseitigen Einvernehmen getroffen werden.

Pauschalierung der Wegegebühren kann vereinbart werden.

5. Für die Behandlung überwiesener Mitglieder auswärtiger Kassen sind bei Berechnung der ärztlichen Vergütung nach Einzelleistungen die gleichen Sätze wie für die Mitglieder der aushelfenden Kasse, bei Bezahlung der ärztlichen Vergütungen nach Pauschsätzen die in diesen Vereinbarungen genannten Sätze für die Bezahlung nach Einzelleistungen zu berechnen.

6. Die Sätze für die Behandlung der Familienangehörigen dürfen bei den einzelnen Leistungen keine höheren Beträge ergeben, als durchschnittlich für die Behandlung der Mitglieder festgestellt werden.

7. Die im Bezirk eines Versicherungsamtes vereinbarten Vergütungen gelten auch für die Kassen anderer Bezirke, soweit ihre Mitglieder ihren ständigen Wohnsitz in dem Bezirke haben.

8. Die in dieser Vereinbarung vorgesehenen Beträge und Sätze gelten für den Abschluß neuer Verträge; bestehende Verträge werden dadurch nicht berührt. Die vertragschließenden Verbände übernehmen es, auf ihre Mitglieder dahin einzuwirken, daß sie auch für bestehende Vertragsverhältnisse sich den Bestimmungen dieses Vertrages anschließen.

9. Die vertraglichen Honorarbestimmungen gelten unterschiedslos für alle Kassenmitglieder, unzulässig ist auch die Forderung der besonderen Bezahlungen bei Betriebsunfällen, vorbeugenden Heilverfahren oder Schadenersatzfällen (§ 1542 RVO.), wenn die Krankenkasse satzungsgemäß zur Gewährung freier ärztlicher Behandlung verpflichtet ist.

10. Diese Verordnungen gelten für das Jahr 1920.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Wochenhilfe bei einer Entbindung vor dem 1. Oktober 1919.

1. **Nach N. in O.-S.** Frage: Eine vom 1. 1. 15 bis 10. 7. 19 bei unserer Kasse versicherte und am 10. 7. 19 entbundene Magd hat satzungsmäßig für 29 Tage je 1,05 *M* = 30,45 *M* Wochengeld zu beanspruchen. Der Ehemann ist nicht versichert, leistete auch keine Kriegsdienste. Welche Leistungen hat die Wöchnerin unter Berücksichtigung der neuen Bestimmungen von unserer Kasse zu beanspruchen?

Antwort: Die Frage ist nach §§ 2 und 24 Ges. v. 26. 9. 19 (ArbVers. Heft 29 S. 570 ff.) zu beantworten. Wochengeld kann über die satzungsgemäße Dauer nicht beansprucht werden, da die zehn Wochen (§ 24 Abs. 2 Satz 2 und § 2 unter 195a Ziffer 2 Ges. v. 26. 9. 19) noch vor dem 1. Oktober abgelaufen sind. Entbindungsbeitrag und Schwangerschaftsbeihilfe sind nicht zu gewähren. Dagegen reicht der Anspruch auf Stillgeld, der der Wöchnerin, wenn sie selbst stillt, nach § 8 der Bekanntm. vom 3. 12. 19 jedenfalls zusteht, bis zum 2. Oktober (85 Tage), und zwar sind für den 1. und 2. Oktober je 75 Pf. zu zahlen (§ 24 Abs. 2 des Ges.).

Zur Anwendung des § 197 RVO. bei der Familienwochenhilfe.

2. **Nach Reutlingen.** Frage: Das Gesetz v. 26. 9. 19 über Wochenhilfe usw. besagt unter § 10, bei § 205 RVO.: „Die Leistungen der Kassen nach § 205a werden ihr durch das Reich zur Hälfte erstattet. § 197 Abs. I, Satz 2 gilt entsprechend." In ArbVers. 1919 Heft 32 S. 634 Ziff. 4a ist hierzu dargelegt, daß eine Krankenkasse, abgesehen von der vom Reich zu erstattenden Hälfte der Familienwochenhilfe, weiterhin nach § 197 RVO. von anderen Kassen anteilmäßig Ersatz zu erhalten hat, wenn innerhalb des letzten Jahres vor der Niederkunft auch bei anderen Kassen die Mitgliedschaft des Ehemannes oder des Vaters gegeben war. Das Gesetz besagt aber bei § 205d ausdrücklich im Absatz I: „§ 197 Abs. I Satz 2 gilt entsprechend!" Damit ist doch unzweifelhaft dargelegt, daß nur Satz 2 entsprechend gilt, nicht Satz 1. Wenn aber Satz 1 dieser Bestimmung nicht ebenfalls zu gelten hat, so kann ein anteilmäßiges Ersatzverlangen von anderen Kassen nicht stattfinden. Wir bitten um Aufklärung.

Antwort: Ihr Bedenken ist recht verfehlt. Die Anführung des § 197 Abs. 1 Satz 2 im § 205d RVO. besagt nur, daß für den Erstattungsanspruch der Kassen gegen das Reich gleichfalls die Pauschbeträge anzusetzen sind, wenn die Kasse Sachleistungen nach § 195c gewährt. Daß aber für die Kassen im Verhältnis zueinander auch bei der Familienwochenhilfe der ganze § 197 RVO. (in der Fassung des § 3 des Ges.) entsprechend gilt, ist im § 205a Abs. 2 ausdrücklich ausgesprochen.

Geltung der Bekanntmachungen über Kriegswochenhilfe neben dem Gesetz v. 26. 9. 19.

3. **Nach Salzwedel.** Antwort: Der Ehemann der Wöchnerin ist seit Ende 1918 als Kriegsteilnehmer verschollen. Daß er nach Angabe von Kameraden bei einer Kampfhandlung gefallen sein „soll", genügt nicht zum Beweise seines Todes. Wenn diese Angaben nicht hinreichen, eine standesamtliche Beurkundung des Todesfalles zu erwirken, so kann nur Todeserklärung durch richterliches Urteil im Aufgebotsverfahren, das auf Antrag eines rechtlich Interessierten einzuleiten wäre, in Frage kommen. Einstweilen gilt die Wöchnerin als verheiratet und ihr Kind als ehelich, weil es während der Ehe geboren ist (§§ 1591, 1593 BGB.). Da weder der Mann noch die Frau zur Zeit der kürzlich erfolgten Entbindung gegen Krankheit versichert war, so kommt die Wochenhilfe nach dem Gesetze v. 26. 9. 19 nicht in Frage. Ihr Hinweis auf § 8 dieses Gesetzes trifft nicht zu, weil die §§ 8, 9 nach § 24 Abs. 1 erst

mit der Beendigung des Krieges in Kraft treten und diese Voraussetzung erst erfüllt sein wird, wenn die Ratifikationsurkunden über den Friedensvertrag ausgetauscht sein werden oder die Reichsregierung gemäß § 27 des AusfGes. zum Friedensvertrage v. 31. 8. 19 (RGBl. S. 1530) bestimmt haben wird, daß der Krieg im Sinne jenes § 24 Abs. 1 als beendet anzusehen ist. Aber die §§ 8, 9 des Gesetzes v. 26. 9. 19 besagen, daß von der Beendigung des Krieges ab die im § 8 bezeichneten Bekanntmachungen über Kriegswochenhilfe mit gewissen Änderungen gelten sollen. Es ist also ihre unveränderte Fortgeltung an sich vorausgesetzt, soweit sich nicht aus sonstigen Vorschriften ein anderes ergibt. Daher steht im vorliegenden Falle der Wöchnerin Wochenhilfe nach §§ 1, 2, 4 der Bekanntm. v. 23.4.15 (ArbVers. S. 300) zu, vorausgesetzt, daß sie minderbemittelt ist. Denn alle jene Kriegsteilnehmer, die seit einer Kampfhandlung, an der sie beteiligt waren, vermißt sind und über deren Schicksal Ungewißheit herrscht, sind zur Zeit noch als solche anzusehen, die — wenn nicht durch Tod —, so doch durch Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit verhindert sind. Daß die Ehrlichkeit des Kindes zweifelhaft ist, genügt nicht, der Frau die Wochenhilfe zu versagen (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 212, 715).

Fragen, betr. Ges. über Wochenhilfe usw. vom 26. 9. 19.

4. **Nach Neu-Kalitz (Meckl.).** Antwort: a) „Versicherungsfrei" im Sinne des § 205a RVO. ist jede nicht versicherungspflichtige, also auch die freiwillig weiterversicherte Wöchnerin. Sie kann also als Angehörige des gleichfalls bei der Kasse versicherten Ehemannes die Leistungen aus § 205a oder als freiwilliges Mitglied die Leistungen aus § 195a beanspruchen und wird natürlich das Letztere wählen, wenn danach die Leistungen höher sind als nach § 205a.

b) Die Kasse kann einen Anspruch gegen den Vater des unehelichen Kindes immer nur „auf zivilrechtlichem Wege", nämlich vor den ordentlichen Gerichten, geltend machen. Denn ihr Anspruch ist ja nur der auf sie nach § 1542 RVO. übergegangene Anspruch der unehelichen Mutter auf Grund des § 1715 BGB. Dieser Anspruch bezeichnet die Höchstgrenze dessen, was die Kasse von dem Vater fordern kann. Bis zu dieser Grenze kann sie für alle ihre Aufwendungen an Wochenhilfe Ersatz beanspruchen, wie wir dies näher ausgeführt haben in der Auskunft im Heft 32 von 1919 S. 635 Ziff. 7.

c) Wenn die unehelich Entbundene einen Anspruch auf Wochenhilfe gegen die Kasse nicht erheben will, weil sie von dem Vater ihres Kindes reichlich entschädigt ist, so braucht sich die Kasse nicht weiter um den Fall zu kümmern. Denn die Leistungen aus der Krankenversicherung werden nach § 1545 RVO. nur auf Antrag festgestellt.

d) Was Sie unter „Wöchnerin eines minderbemittelten Kapitulanten" verstehen, ist recht unklar. Vermutlich denken Sie an das uneheliche Kind eines Kapitulanten, für das nach Ziff. III der Verordnung v. 1. 3. 17 (ArbVers. S. 180; zu vgl. auch § 4 der Bekanntm. v. 22. 11. 17, das. S. 817) Wochenhilfe nach § 3 der Bekanntm. v. 23. 4. 15 (ArbVers. S. 300) zu gewähren sein würde. Nach allen diesen Vorschriften kommt es aber nicht darauf an, ob der Vater des Kindes (der Kapitulant), sondern nur darauf an, ob die Wöchnerin unbemittelt ist, und in diesem Falle gilt jetzt ausschließlich Abschnitt IV des Gesetzes v. 26. 9. 19. Welche Kasse die Wochenfürsorge zu leisten hat, besagt § 18.

e) Die Leistungen der Familienwochenhilfe nach § 205a werden der Kasse durch das Reich erstattet. Dabei gilt nach § 205d Abs. 1 die Vorschrift des § 197 Abs. 1 Satz 2 (vgl. § 3 des Ges.) „entsprechend", das heißt: Wenn die Kasse die Familienwochenhilfe in der Gestalt von Sachleistungen nach § 195c gewährt, so wird ihr in jedem Einzelfalle die Hälfte der Pauschbeträge von 50 bzw. 25 ℳ erstattet.

Höhe der Aufwendungen für einen einzelnen Wochenhilfefall nach dem Gesetze v. 26. 9. 16.

5. **Nach Berlin-Steglitz.** Antwort: Es ist richtig, daß in dem Aufsatz von Hoffmann im Heft 33 des Jahrganges 1919 S. 650 die Kostenberechnung infolge eines rechnerischen Irrtums des Herrn Verfassers noch erheblich zu niedrig bemessen ist. Das Wochengeld für 92 Tage beträgt bei dem angenommenen Grundlohn von 10 ℳ nicht 92×2,50 gleich 230, sondern 92 × 5 = 460 ℳ. Das Stillgeld für 183 Tage beträgt 183 × 2,50 = 277,50 ℳ. Demgemäß belaufen sich die Gesamtkosten des Falles auf 737,50 ℳ (nicht 457,50 ℳ).

Abgabe an das RVA. (§ 1799 RVO.); bindende Bedeutung einer Entsch. nach § 405; Zulässigkeit der Revision (§ 1695); mündl. Verhandlung vor der Beschlußkammer. — Verjährung der Beiträge. — Erlöschen der Befreiung nach § 418 (419, 422). — Verschiedenes über Meldungen und Fortzahlung der Beiträge (§§ 317, 397 Abs. 1).

6. **Nach G. 183.** Antwort: a) Mit Recht hat das OVA. die Abgabe der Sache zur grundsätzlichen Entscheidung durch das RVA. abgelehnt. Denn es handelte sich nicht um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften (§ 1799 RVO.), sondern lediglich um die Anwendung zweifelsfreier Vorschriften im gegebenen Falle, so daß die Entscheidung nur von der Feststellung des Tatbestandes abhing, nämlich davon, ob die 48 Arbeiter tatsächlich entlassen waren und nicht mehr zur Verfügung des Arbeitgebers standen. Diese Frage hat das OVA. bejaht und deshalb den Anspruch der Kasse auf Beiträge abgewiesen. Die Entscheidung betraf hiernach das Versicherungsverhältnis, ist endgültig und bindend für alle Behörden und Gerichte (§ 405 Abs. 2 und 3 RVO.) und muß daher zur Abweisung jedes Anspruchs auf Kassenleistungen führen, der von einem der 48 Versicherten oder seinen Hinterbliebenen erhoben und darauf gegründet wird, daß das Versicherungsverhältnis nicht gelöst, sondern nur die tatsächliche Arbeitsleistung aus einem vorübergehenden Grunde unterbrochen worden sei. Die Frage, ob, wenn das OVA. demgemäß den Leistungsanspruch abweisen würde (wie zu erwarten ist), gegen diese Entscheidung Revision zulässig sein würde, läßt sich nicht beantworten, ohne daß zu ersehen ist, um was für Leistungen es sich im gegebenen Falle handelt. Die Revision ist in den Fällen des § 1695 RVO. auch dann ausgeschlossen, wenn sie auf Verletzung von Verfahrensvorschriften gegründet wird (vgl. z. B. Entsch. des RVA. bei Breithaupt Bd. 3 S. 226). Abgesehen hiervon würde die Rüge, daß die Entscheidung über den Anspruch auf Kassenleistungen nicht auf die vorangegangene Entscheidung des OVA. über das Versicherungsverhältnis gestützt werden dürfe, weil diese Entscheidung ohne mündliche Verhandlung ergangen sei, nicht begründet sein. Denn mündliche Verhandlung vor der Beschlußkammer ist gesetzlich nicht vorgeschrieben; sie findet nur statt, wenn der Vorsitzende sie nach freiem Ermessen anordnet oder wenn sie in

gewissen Fällen beantragt wird (§ 42 Abs. 3 Vrdg. über Verf. vor OVA.).

b) Die Verordnung vom 2. 12. 16 über Verjährung rückständiger Beiträge nach § 29 RVO. (ArbVers. 1916 S. 852) ist noch in Kraft. Danach läuft die Verjährung nicht vor dem Schlusse des Kalenderjahres ab, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist. Wann im Sinne (dieser und anderer) reichsgesetzlicher Vorschriften der Krieg als beendet anzusehen ist, wird die Reichsregierung bestimmen (§ 27 Abs. 2 Ges. v. 31. 8. 19, RGBl. S. 1530). Eine solche Bestimmung ist bisher nicht erfolgt. Zur Zeit also und mindestens bis Ende 1920 können noch alle Rückstände, die nicht beim Inkrafttreten jener Verordnung bereits verjährt waren, eingezogen werden.

c) Die Befreiung der Dienstboten von der Versicherungspflicht (§ 418 RVO.) erlischt, wenn der Arbeitgeber sie sämtlich zur Kasse anmeldet; für Versicherungsfälle, die in diesem Zeitpunkt bereits eingetreten sind, hat die Kasse nichts zu leisten, sondern der Anspruch des Befreiten gegen den Arbeitgeber bleibt unberührt (§ 419 Abs. 1). Leistet aber der Arbeitgeber die ihm obliegende Unterstützung nicht, so hat die Kasse auf Antrag des Befreiten die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren und kann nur ihrerseits vom Arbeitgeber Erstattung des Geleisteten verlangen und gemäß § 28 beitreiben lassen (§ 422 Abs. 1 und 2). Das trifft in Ihrem Falle zu, da der Zahnarzt bestätigt, daß die Notwendigkeit der Behandlung, also der Versicherungsfall (die Krankheit) bereits vor dem Erlöschen der Befreiung eingetreten war.

d) Die Beiträge sind nach § 397 Abs. 1 RVO. vom Arbeitgeber bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen, also auch über die Dauer des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses hinaus und auch für ein Mitglied, das nach Aussteuerung durch die Kasse noch weiter arbeitsunfähig ist.

e) § 397 Abs. 1 setzt aber Meldepflicht des Arbeitgebers voraus, bezieht sich also nur auf Versicherungspflichtige (§ 317; vgl. Hahn Anm. 1 zu § 397), nicht auch auf den Fall, daß der Arbeitgeber die Beiträge zum Zwecke der Weiterversicherung nach § 313 RVO. an die Kasse zahlt. Dies geschieht nur namens des Versicherungsberechtigten entweder kraft Auftrags oder in Geschäftsführung ohne Auftrag. Einen Anspruch auf Beiträge hat die Kasse gegen den Arbeitgeber in solchen Fällen nicht. Stellt er die Zahlung ein, so erlischt die Versicherung nach näherer Vorschrift des § 314 Abs. 1. Wegen der bis dahin rückständigen Beiträge kann sich die Kasse höchstens an den Weiterversicherten halten. Eine Pflicht zur Abmeldung kommt nicht in Frage.

f) Wenn die Satzung schriftliche Meldung vorschreibt, so schließt das selbstverständlich nicht aus, daß die Meldung auch von einem anderen als dem Arbeitgeber in dessen Auftrag erstattet und unterschrieben werden kann. Die Kasse kann aber solche Meldungen zurückweisen, wenn der angebliche Beauftragte eine schriftliche Vollmacht nicht vorlegt (zu vgl. § 174 BGB.). Wenn ein Versicherungspflichtiger sich selbst an der Kasse meldet, ohne auch nur zu behaupten, daß er hierzu vom Arbeitgeber beauftragt sei, so wird die Meldung zurückgewiesen werden müssen, weil eben das Gesetz dem Arbeitgeber die Meldepflicht auferlegt und nur dessen Angaben als hinreichende Grundlagen für die Berichtigung der Listen der Kasse und für die Berechnung der Beiträge und der Kassenleistungen usw. dienen können. — Die Kasse ist nicht verpflichtet, den Meldevordruck nach den Angaben des Arbeitgebers auszufüllen; aber ein Entgegenkommen in dieser Hinsicht wird oft, namentlich wenn es sich um geschäfts- und schreibungewandte Leute handelt, im eigenen Interesse der Kasse liegen.

Branntweinmonopol und Krankenkassen.

7. Nach Rathenow. Antwort: Wir verweisen auf unsere Mitteilung im Jahrg. 1918 S. 459 und auf die Auskunft im Jahrg. 1919 Heft 10 S. 200 Ziff. 6 und bemerken: Das Gesetz über das Branntweinmonopol ist durch Verordnung v. 6. 4. 19 (RGBl. S. 416) mit dem 1. 10. 19 vollständig in Kraft gesetzt. Daher wird der für die Krankenkassen bestimmte Rückvergütungsbetrag frühestens in den Reichshaushaltsplan für 1920/21 erstmalig eingestellt werden können. Einstweilen können also die Kassen Ansprüche auf ihren Anteil an der Vergütung noch nicht erheben. Ausführungsbestimmungen hierüber bleiben abzuwarten.

Versicherungsrechtliche Stellung eines selbständigen Friseurs als Lehrer an einer Fachschule.

8. Nach Chemnitz. Antwort: Ein selbständiger Friseur, der aus seinem Geschäft ein Reineinkommen von jährlich etwa 3000 ℳ hat und außerdem als Lehrer an der städtischen Friseurfachschule ein Gehalt von 720 ℳ für das Jahr bezieht, ist wegen dieser Nebenbeschäftigung versicherungspflichtiges Mitglied der allgemeinen Ortskrankenkasse und muß daher gemäß § 312 RVO. aus der freiwilligen Mitgliedschaft bei der Innungskrankenkasse ausscheiden. Daß die Lehrtätigkeit nur eine Nebenbeschäftigung ist, und an wirtschaftlicher Bedeutung gegenüber der Tätigkeit im eigenen Betriebe zurücktritt, ist für die Beurteilung der Sache unerheblich. Zu vgl. Entsch. des bayer. VerwGerHofs in ArbVers. 1914 S. 89.

Amtsenthebung eines Mitglieds des Kassenvorstandes wegen Fortfalls der Wählbarkeit.

9. Nach K. Antwort: Ein Arbeitgeber, der 13 Monate hindurch keinen Versicherten mehr beschäftigt hat, verliert dadurch nicht ohne weiteres sein Amt im Vorstand. Da aber seine Wählbarkeit fortgefallen ist (§ 13 Abs. 1 RVO.), so hat ihn die Aufsichtsbehörde seines Amtes zu entheben (§ 24).

a) Beitragsfreiheit nach § 383 RVO. b) Mitgliedschaft als Voraussetzung des Anspruchs auf Wochenhilfe nach § 195a RVO.

10. Nach O. Antwort: a) Nach § 383 Abs. 1 RVO. sind bei Arbeitsunfähigkeit nur „für die Dauer der Krankenhilfe" keine Beiträge zu entrichten. Ist also die Bezugsdauer abgelaufen, so lebt die Beitragspflicht wieder auf, auch wenn der Versicherte noch weiter arbeitsunfähig ist.

b) § 195a RVO. (§ 2 des Ges. vom 26. 9. 19) setzt voraus, daß die Niederkunft während der Mitgliedschaft oder nach dem Ausscheiden, aber unter den Voraussetzungen des § 214 RVO. stattgefunden hat. Im vorliegenden Falle besteht also kein Anspruch.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1269 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 21. Januar 1920 | Heft 3

Wie kann die Notlage unserer Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung behoben werden?

Von Friedrich Kleeis, Halle a. S.

In der Kranken- und Unfallversicherung ist die Sanierung der durch die Kriegswirkungen erschütterten Finanzen durch mancherlei Maßnahmen, wie Beitragserhöhungen, Zuschüsse aus den Rücklagen usw., bereits in die Wege geleitet worden. Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung entbehrt bisher einer solchen Hilfsaktion. Und doch sind auch bei ihr die Kriegsfolgen, zu denen auch die Geldentwertung gehört, von nachhaltigstem Einfluß. Sie machen sich nach der ganzen Art des Versicherungszweiges erst jetzt bemerkbar und werden in den nächsten Jahren noch mehr hervortreten.

Nach Kriegsausbruch trat zunächst eine Verminderung der Zahl der Versicherten und damit ein Rückgang der Beitragseinnahmen ein. Wurden im Jahre 1913 noch 814½ Millionen Wochenbeiträge im Betrage von 290 Millionen ℳ eingehoben, so verminderte sich diese Einnahme auf 622½ Millionen Wochenbeiträge im Werte von 222½ Millionen ℳ im Jahre 1916. Dann trat wieder eine Vermehrung der Einnahmen ein, und zwar auf 647 Millionen Wochenbeiträge mit dem Ertrage von 267½ Millionen ℳ im Jahre 1918. Für das Jahr 1919 können die Beitragseinnahmen auf etwa 285 Millionen ℳ geschätzt werden. Diese Wiedervermehrung der Einnahmen seit 1917 hat — wie die Zahl der eingehobenen Wochenbeiträge zeigt — nur zum geringsten Teile ihre Ursache in der Zunahme der Versicherten. Hauptsächlich ist sie die Folge der am 1. Januar 1917 in Kraft getretenen Erhöhung der Wochenbeiträge um 2 ₰ in jeder Markenklasse. Sodann erhöhten sich die Einnahmen durch die ständige Verschiebung der Versicherten nach höheren Lohnklassen infolge der gestiegenen Löhne und Gehälter. Allein vom Jahre 1915 bis zum Jahre 1918 vermehrten sich die in der 5. (höchsten) Lohnklasse entrichteten Wochenbeiträge von 200 auf 334 Millionen. Nimmt man auch nur an, daß die im Jahre 1913 erzielte Beitragseinnahme von rund 290 Millionen ℳ während der Jahre 1914 bis 1918 fortgedauert hätte, so ist ein Beitragsausfall von rund 250 Millionen ℳ festzustellen.

Um objektiv zu sein, muß darauf hingewiesen werden, daß die Versicherungsträger auch vorübergehend gewisse „Kriegsgewinne“ hatten, und zwar die erhöhten Zinseneinnahmen aus den Kriegsanleihen. Sämtliche Landes- und Sonderversicherungsanstalten hatten am 1. April 1919 rund 1287 Millionen ℳ in Kriegsanleihen angelegt. Folgen wir einer Darstellung, welche der Vollversammlung der Deutschen Landesversicherungsanstalten vorliegt, so brachte die Umwandlung des Vermögens in Kriegsanleihe in den Jahren 1914 bis 1918 eine Mehreinnahme an Zinsen von 59 Millionen

Mark. Das ist ein reichliches Fünftel des Verlustes an der Beitragseinnahme. Demgegenüber steht aber der Rückgang der Kurse der Kriegsanleihen. Es wird geschätzt, daß durch die Entwertung der Reichspapiere das Gesamtvermögen der Versicherungsträger mindestens 250 Millionen M an Wert verloren hat.

Betrachten wir nun die durch die Kriegsfolgen hervorgerufenen Mehrausgaben. In den sechs Jahren von 1913 bis 1918 stiegen die Rentenleistungen der Versicherungsträger (ohne die Reichszuschüsse) von 129 auf 138, 144, 169, 186, 287 Millionen M. Diese Steigerung der Ausgaben ist zunächst auf Vermehrung der Renten zurückzuführen. Von dieser Zunahme sind allerdings die Invalidenrenten ausgenommen, sie verminderten sich sogar der Zahl nach von 998 039 am Schlusse des Jahres 1913 auf 986 352 am Schlusse des Jahres 1918. Wenn das in einer Zeit der durch Kriegsverletzungen, Unterernährung usw. aufs höchste geschwächten Volksgesundheit möglich war, so muß doch gesagt werden, daß die Versicherungsträger kein Mittel der „Sparsamkeit" unversucht ließen. Dagegen vermehrten sich in dem zuletzt angegebenen Zeitraum die Krankenrenten von 16 555 im Jahresbetrag von 3,2 Millionen M auf 79 300 im Betrage von 15,8 Millionen Mk., die Altersrenten von 87 252 im Betrage von 14,3 Millionen M auf 230 962 im Betrage von 39,5 Millionen Mk. Eine noch rapidere Zunahme fanden die Hinterbliebenenrenten, beispielsweise die Waisenrenten von 64 746 im Betrage von 5,1 Millionen M im Jahre 1914 auf 432 954 im Betrage von 35,4 Millionen M im Jahre 1918. In diesen Rentenbeträgen sind jedoch die Reichszuschüsse eingerechnet.

Zu diesen Rentenvermehrungen traten die Aufwendungen für die Teuerungszulagen. Vom 1. Februar 1918 an wurde den Empfängern einer Invalidenrente eine monatliche Beihilfe von 8 M, den Witwen- und Witwerrentenempfängern eine solche von 4 M gewährt. Diese Zulagen erforderten schon im Jahre 1918 bei allen Versicherungsträgern Aufwendungen in Höhe von 91 Millionen M, so daß sich die oben angegebenen 278 Millionen Rentenleistungen (ohne Reichszuschuß) im Jahre 1918 aus 187 Millionen M Renten und 91 Millionen Zuschüssen zusammensetzen. Die Zulagen wurden vom 1. Januar 1919 an auch auf die Altersrentenempfänger (mit monatlich 8 M) ausgedehnt und vom 1. Oktober 1919 an auf 20 M für Invaliden-, Kranken- und Altersrenten und 10 M für Witwenrenten erhöht. Diese Rentenzulagen werden für das Jahr 1919 allein mit 180 Millionen M eingeschätzt. Sie werden vom Reiche zunächst vorgeschossen, müssen aber von den Versicherungsanstalten abgetragen werden.

Die sonstigen Aufwendungen der Versicherungsträger haben ebenfalls starke Vermehrungen erfahren. So stiegen die Ausgaben für Witwengelder von 617 784 M im Jahre 1913 auf 2 484 791 M im Jahre 1918, die für Waisenaussteuern von 10 206 M auf 124 074 M. Die Dankes- und Ehrengaben für Kriegsteilnehmer und Kriegshinterbliebene betrugen allein im Jahre 1918 über 3 Millionen M. Zur Bekämpfung der immer mehr überhandnehmenden Tuberkulose machten viele Versicherungsträger höhere Aufwendungen. Die Verwaltungskosten allein der Versicherungsanstalten erhöhten sich von 21 Millionen M im Jahre 1913 auf 33 Millionen M im Jahre 1918.

So kommt es, daß bereits im Jahre 1918 vierzehn Versicherungsträger Zuschüsse aus ihren Vermögensbeständen machen mußten, z. B. die Landesversicherungsanstalten Berlin 3,8, Westpreußen 1,0, Hannover 2,6 Millionen M usw. Bei einer weiteren Zahl von Versicherungsträgern überstiegen die Rentenleistungen die Beitragseinnahmen. Alle 41 Versicherungsträger zusammen hatten zwar im Jahre 1918 noch einen Vermögenszuwachs von 7 Millionen M. Was will das aber bedeuten, wenn man bedenkt, daß der Vermögenszuwachs im Jahre 1913 noch 176 Millionen M betrug. Es ist doch auch nicht zu

übersehen, daß die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung auf Grund ihres versicherungstechnischen Aufbaues noch erhebliche Überschüsse erzielen müßte. Beruht sie doch auf dem Kapitaldeckungsverfahren und für die Belastung aus den Hinterbliebenenbezügen und den verbesserten Altersrenten, für die der „Beharrungszustand" erst in fernen Zeiten eintritt, müßten noch erhebliche Deckungsmittel aufgespart werden. Statt dessen berechnet die schon oben erwähnte, von der Landesversicherungsanstalt Hessen-Nassau bearbeitete und der Vollversammlung der Landesversicherungsanstalten vorzulegende Darstellung für alle Versicherungsträger für das Jahr 1919 eine Vermögensverminderung von 70 Millionen M.

Wie kann nun diese Geldnot behoben werden? Die Versicherungsträger stehen noch auf dem Standpunkt, daß die Teuerungszulagen zu den Renten, welche die Hauptbelastung bilden, eigentlich vom Staate getragen werden müßten. Diese Mehrausgaben ohne jede Deckung stünden in schroffem Gegensatz zu Recht und Billigkeit und in Widerspruch mit der im März 1917 und später verlautbarten Auffassung der Reichsregierung und des Reichstages. Es sei dazumal ausdrücklich gesagt worden, diese Belastungen seien Kriegsfolgen und müßten von der Allgemeinheit getragen werden. Statt dessen seien sie wider Erwarten den Versicherungsträgern auferlegt worden, denen damit die Möglichkeit genommen sei, ihren gesetzlichen Aufgaben gerecht zu werden. Hierdurch seien die Interessen der Versicherten in empfindlichster Weise geschädigt worden. Wir meinen, es ist müßig, hierauf zurückzukommen. Bei dem gegenwärtigen ungünstigen Stand der Reichsfinanzen ist es einfach unmöglich, auch noch diese Lasten zu übernehmen. Das Reich muß, wenn es nicht unserm wirtschaftlichen Zusammenbruch zusteuern will, sparen, wo es nur kann. Und aufgebracht werden müssen die Lasten so oder so.

Zuzustimmen ist dagegen der anderen Forderung der Landesversicherungsanstalten, die jetzigen Rentenzulagen in die Reichsversicherungsordnung hineinzuarbeiten. Die Beihilfen stünden im Widerspruch mit den Grundsätzen der Versicherung, um so mehr, als sie ohne jede Rücksicht auf das örtliche und persönliche Bedürfnis bemessen sind und deshalb nicht genügend und nicht zweckentsprechend wirken können. Es müsse eine Erhöhung der gesetzlichen Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung um mindestens die Hälfte treten. Eine gründliche Neugestaltung der Rentenleistungen ist tatsächlich unerläßlich. Die Not der Rentenempfänger beschäftigt täglich die Zeitungen und ist furchtbar. Nach den vom Reichsversicherungsamt im März 1919 veröffentlichten Nachweisungen der Rechnungsergebnisse der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung betrug im Durchschnitt der Jahresbetrag einer Invalidenrente (einschließlich der Kinderzuschüsse) 202 M, einer Krankenrente 200 M, einer Altersrente 172 M, einer Witwenrente 82 M, einer Waisenrente 41 M. Dazu kommen nun die Teuerungszulagen, so daß gegenwärtig eine Invalidenrente (202 + 240 M) rund 445 M, eine Altersrente rund 415 M, eine Witwenrente 205 M beträgt. Da die Invaliden-, Kranken- und Witwenrenten nur bei Erwerbsunfähigkeit der Rentenbewerber gewährt werden, sind diese auch nicht in der Lage, durch nennenswerten Arbeitsverdienst ihre Lage zu verbessern. Sie konnten mit den Renten schon in Friedenszeiten nicht auskommen, jetzt bei der Riesenteuerung noch viel weniger. Die Rentenempfänger sind daher mehr denn je auf fremde Hilfe durch Verwandte oder die öffentliche Armenfürsorge angewiesen. Die Erhöhung der Renten durch die Teuerungszulagen entspricht nicht dem Maße der in den letzten Jahren eingetretenen Entwertung des Geldes. Ob die Erhöhung der Renten „um die Hälfte" genügen wird, wollen wir stark bezweifeln, es sei denn, daß man die jetzigen Renten einschließlich der Teuerungszulagen zugrunde legt. Und dann reichten die erzielten Beträge noch nicht entfernt zu dem bescheidensten Lebensunterhalt aus.

Daß diese Ausgestaltung der Versicherung nicht ohne eine erhebliche Erhöhung der Beiträge abgeht, liegt auf der Hand. Ohne große „versicherungsmathematische“ Berechnungen vorzunehmen — die sich bislang immer recht unnötig erwiesen haben, da sie durch wirtschaftliche und andere Ereignisse immer überholt wurden — möchten wir sagen, daß rund mit einer Verdoppelung der gegenwärtigen Beiträge mindestens zu rechnen ist. Wenn im Hinblick auf die oben vorgeschlagenen Erhöhungen der Renten diese Beiträge noch nicht genügend ertragreich erscheinen sollten, so sei darauf verwiesen, daß die Versicherung noch andere Einnahmequellen erschließen muß

Eine solche ist die Einführung neuer Lohnstufen. Auch diese wird von den Landesversicherungsanstalten gefordert. In der Tat ist die gegenwärtige Klasseneinteilung längst überholt. Sie entspricht nur dem Geldwert zur Zeit der Einführung der Versicherung vor dreißig Jahren. Alle Versicherten mit einem Jahresarbeitsverdienst von mehr wie 1150 M gehören der einen höchsten (fünften) Lohnklasse an. Dabei ist heute der Jahresarbeitsverdienst auch der einfachsten Handarbeiter etwa 4000 M. Die Anfügung neuer höherer Klassen würde (unter Beibehaltung der gegenwärtigen versicherungsmathematischen Grundlagen) den ihr angehörenden Versicherten nicht nur höhere Renten, sondern den Versicherungsträgern auch höhere Einnahme bringen. Denn die höheren Erträgnisse der Beiträge werden nicht durch die höheren Renten aufgezehrt.

Dabei sei aber auf eine andere Notwendigkeit hingewiesen, die bei einer Neugestaltung der Lohnklasseneinteilung in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu berücksichtigen ist. Diese besteht darin, die Lohnklassen mit denen der Krankenversicherung in Übereinstimmung zu bringen. Der heutige Zustand, daß die Lohnklassen so äußerst verschieden abgegrenzt sind, ist eine der Ursachen, aus denen die Sozialversicherung nicht volkstümlich wird. Er führt mit zu dem großen Wirrwarr im Versicherungswesen. Daß in der Krankenversicherung durch die Reichsversicherungsordnung einheitliche Lohnstufen für alle Krankenkassen eingeführt werden, scheint ziemlich sicher zu stehen. Der Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen hat auf seiner letzten Tagung im November 1919 auch schon Vorschläge nach dieser Richtung gemacht. Es sollen die Grundlöhne bis auf 20 M erhöht und zehn Lohnstufen gebildet werden. Die Grenzen dieser sollen immer um 2 M auseinander liegen, so daß die niedrigste Stufe die Tagesverdienste bis zu 2 M, die zweite jene von 2,01 bis 4,00 M, die dritte 4,01 bis 6,00 M usw. umfaßt. Diese an unser Mark- und Dezimalsystem sich anlehnende Einteilung würde deshalb leicht einzuführen sein, weil sie bei sehr vielen Kassen schon besteht, allerdings mit der Abweichung, daß zur Zeit die Grenzen nur um 1 M auseinander liegen, die unterste Stufe also die täglichen Verdienste bis 1,00 M, die zweite jene von 1,01 bis 2,00 M usw. umfaßt. Diese Einteilung haben z. B. einmütig alle Groß-Berliner und viele andere Kassen getroffen. Die vom Hauptverband vorgeschlagene Klassifizierung müßte auch auf die Invalidenversicherung übertragen werden, so daß, wer der ersten oder zweiten usw. Lohnstufe der Krankenversicherung angehört, auch den entsprechenden Klassen der Invalidenversicherung zuzuteilen ist. Solche invalidenversicherungspflichtige Personen, die nicht einer Krankenkasse angehören, dürften überhaupt nicht mehr vorhanden sein. Es bestimmt übrigens heute schon § 1246 RVO., daß für die Zugehörigkeit zu den Lohnklassen der Invalidenversicherung statt des tatsächlichen Jahresarbeitsverdienstes für Mitglieder einer Krankenkasse das dreihundertfache des Grundlohns (§§ 180, 181 RVO.) maßgebend ist. Es ist dann nur selbstverständlich und einfach, die Lohnklassen der Invalidenversicherung entsprechend zu umrändern, so daß die erste (unterste) Klasse die Jahresarbeitsverdienste bis zu 600 M (300 Arbeitstage × 2 M), die zweite Klasse diejenigen von 601 bis 1200 M usw., die höchste die Jahresarbeitsverdienste über 5401 M (300 Arbeitstage × 18 M) um-

faßt. Sollte die Gesetzgebung dazu kommen, in § 180 RVO. eine andere Berechnung des täglichen Arbeitsverdienstes zu treffen, vielleicht durch Zerlegung des Wochenverdienstes in 7, des Monatslohns in 30 und des Jahresgehalts in 360 Teile, so müßte auch die Abgrenzung der Lohnklassen in der Invalidenversicherung eine entsprechende werden. Wir halten es für ganz ausgeschlossen, auf der jetzigen ganz willkürlichen Lohnklasseneinteilung in der Invalidenversicherung nach § 1245 RVO. (Klasse I bis zu 350 *M*, Klasse II von mehr als 350 bis 550 *M* usw.) weiterzubauen. Wenn die Spannungen in den gleichen engen Abständen fortgesetzt werden sollten, käme man zu einer Unzahl von Klassen. Die Abstände aber bei den höheren Arbeitsverdiensten viel weitmaschiger zu halten, wäre eine Ungerechtigkeit. Bei der Regelung der Klasseneinteilung in der Krankenversicherung, wie sie der Hauptverband der Ortskrankenkassen vorschlägt, wäre die Beibehaltung der jetzigen Klassen der Invalidenversicherung unsinnig. Denn es müßten dann z. B. die Versicherten in der ersten Lohnstufe der Krankenversicherung der 3. Lohnklasse der Invalidenversicherung angehören; den ersten beiden Lohnklassen gehörte aber überhaupt niemand an, sofern der § 1246 RVO. bestehen bleibt, ohne den aber eine geregelte Durchführung der Invalidenversicherung undenkbar ist. Daß sich aus einer Umgruppierung der Lohnklassen in der Invalidenversicherung Schwierigkeiten für die Rentenberechnung ergeben, kann ich mir nicht denken. Marken alter Klassen werden nach den alten Steigerungs- usw. Sätzen berechnet, und für die neuen werden neue gefunden und angewendet.

Die Übereinstimmung der Lohnklassen der hier in Betracht kommenden beiden Versicherungszweige ist auch noch aus dem Grunde nötig, um der dringend wünschenswerten obligatorisch einzuführenden Einziehung der Invalidenversicherungsbeiträge durch die Krankenkassen die Wege zu ebnen. Die Zweckmäßigkeit dieser Einrichtung wäre ein Kapitel für sich. Es sei hier nur kurz gesagt, daß nach meiner Beobachtung das Einzugsverfahren ebenfalls ein Mittel ist, die Beitragseinnahmen der Invalidenversicherung zu heben, denn es gibt eine größere Gewähr, daß die Beiträge in dem gesetzlichen Umfange ohne die gegenwärtigen erheblichen Hinterziehungen entrichtet werden.

Ein weiteres Verlangen der Landesversicherungsanstalten besteht in der Hinaufsetzung des Jahresarbeitsverdienstes für die Versicherungspflicht der „Angestellten". Bekanntlich sind Arbeiter, Gehilfen, Dienstboten usw. ganz ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes invalidenversicherungspflichtig, die Betriebsbeamten, Handlungsgehilfen, Bühnen- und Orchestermitglieder und „andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung" aber nur, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2000 *M* an Entgelt nicht übersteigt (§ 1226 RVO.). Ich bin hier der Meinung, daß die Hinaufrückung der Versicherungsgrenze zu schweren Verwicklungen führen würde, und zwar in dem Verhältnis der Invaliden- zur Angestelltenversicherung. Die Versicherungspflicht in einem dieser beiden Versicherungszweige schließt bekanntlich die Versicherungspflicht in dem anderen nicht aus, so daß die Angestellten mit einem Jahresarbeitsverdienst bis zu 2000 *M* doppelt versichert sind. Der Gesetzgeber hat diesen Zustand erträglich gestaltet dadurch, daß er die Beiträge zu den niedrigen Gehaltsklassen der Angestelltenversicherung entsprechend gekürzt hat. Die Erhöhung der Versicherungsgrenze in der Invalidenversicherung würde also eine schwerer belastende Doppelversicherung als die seitherige darstellen.

Für eine solche Doppelversicherung liegt auch kein Grund vor; sie vermehrt nur die Zerklüftung der Sozialversicherung. Eine Versicherung für die Angestellten, dafür aber eine vernünftige, genügt vollständig. Schon gegenwärtig hat die Doppelversicherung der Angestellten mit dem Jahresarbeitsverdienst bis zu 2000 *M* Schattenseiten. Es handelt sich dabei meist nur um junge Leute, die nur wenige (sagen wir etwa 100) Beitrags-

wochen zur Invalidenversicherung leisten, um dann wegen Überschreitung der Versicherungsgrenze auszuscheiden. Verlohnt es sich, die sich hieraus ergebenden geringen Anwartschaften durch freiwillige Fortsetzung der Versicherung aufrechtzuerhalten? Meist verneinen die jungen Leute die Frage, so daß die Beiträge vergeblich gezahlt sind, wenigstens für die Versicherten. Hier zeigt es sich, daß das Nebeneinanderbestehen der letzterwähnten beiden Versicherungszweige Nachteile mit sich bringt, die durch die Verwirklichung der Vorschläge der Landesversicherungsanstalten nicht vergrößert werden sollten.

Diese Erwägungen sollten ein Grund mehr sein, die Zusammenlegung, wenigstens eine Verbindung der Angestellten- mit der Invalidenversicherung in die Wege zu leiten. Beide Versicherungszweige würden nur gewinnen. Sollte das wider Erwarten nicht zu erreichen sein, so wäre zu prüfen, ob nicht die Angestellten überhaupt von der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu entbinden seien. Denn wie die Dinge jetzt liegen, haben sie von dieser Versicherung recht wenig Vorteile. Die Landesversicherungsanstalten würden zwar risikolose Beiträge verlieren, aber schließlich steht das Interesse der Versicherten höher.

Es sind daher wichtige organisatorische Fragen, die mit der Ausgestaltung der Finanzkraft der Invalidenversicherung im Zusammenhang stehen. Sie sollten reiflich geprüft und bald in dem hier besprochenen Sinne zur Entscheidung gebracht werden.

Die Sanierung der Invalidenversicherung.

Von Landesrat Seelmann in Oldenburg i. O.

Es ist nun wirklich soweit gekommen, daß die Landesversicherungsanstalten notleidend geworden sind. Schon durch die Kriegsverhältnisse haben ihre Finanzen einen starken Stoß erhalten, insbesondere durch den Ausfall an Beiträgen während der Kriegszeit, die Anrechnung der langen Militärdienstzeiten als Beitragszeit, die vielen Renten an Kriegsbeschädigte und die Hinterbliebenen gefallener Soldaten, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, vor allem die Zunahme der Tuberkulose, die erhöhten Kosten des Heilverfahrens, die Vermehrung der Verwaltungskosten durch die Teuerungszulagen an die Beamten und durch andere Ursachen mehr. Eine ernste Erschütterung der finanziellen Grundlagen der Landesversicherungsanstalten ist dann aber durch die seit dem 1. Februar 1918 eingeführten Rentenzulagen bewirkt worden. Es ist unbegreiflich, daß die damalige Reichsleitung nicht gleichzeitig eine entsprechende Erhöhung der Beiträge vornahm. Aber auch unsere neue Regierung hat bisher keinen Anlaß genommen, dies Versäumnis nachzuholen, sie hat vielmehr die Rentenzulagen bis Ende 1920 weiter bewilligt und ihren Betrag auf mehr als das Doppelte mit Wirkung vom 1. Oktober 1919 an erhöht. Die Kosten dieser Rentenzulagen belaufen sich bis Ende 1920 auf 550 Millionen *M.* Es ist aber selbstverständlich, daß sie dann nicht fortfallen können, sondern in irgendeiner Form, am besten wohl in Gestalt erhöhter Renten weitergezahlt werden müssen. Daß die Landesversicherungsanstalten dabei zugrunde gehen müssen, wenn ihnen nicht bald Hilfe zuteil wird, bedarf keiner Begründung. Was soll nun geschehen?

Es ist zeitgemäß, in solchen Fällen Zuschüsse aus der Reichskasse zu fordern und solche Forderungen bieten unter den gegenwärtigen Verhältnissen auch Aussicht auf Erfolg, wie das Beispiel der Wochenhilfe beweist. Die Notenpresse gibt ja vorläufig noch genügend Geld her. Vor diesem Wege muß aber dringend gewarnt werden; er ist gefährlich, nicht gerecht, unzweckmäßig und auch nicht nötig. Bei den Renten der Invalidenversicherung handelt es sich nicht wie bei

der Wochenhilfe um kurzfristige Leistungen, die, wenn es sein muß, schnell wieder beseitigt oder ermäßigt werden können, sondern um laufende rechtskräftig festgestellte Bezüge, die auch dann fortgezahlt werden müssen, wenn die finanziellen Grundlagen sich ändern. Auf erhöhte Zuschüsse des Reichs können also erhöhte Leistungen der Invalidenversicherung nur aufgebaut werden, wenn die Leistungsfähigkeit des Reichs gesichert ist. Das ist aber unter den gegenwärtigen Verhältnissen nicht der Fall. Es ist hier natürlich nicht der Ort, auf die Finanzen des Reichs einzugehen. Aber auch diejenigen, die meinen, daß die Erträgnisse des neuen Steuergesetzes dauernd günstig sein werden, müssen zugeben, daß wir unsere Verpflichtungen aus dem Friedensvertrag noch nicht kennen. Wir wissen nur, daß sie ungeheuer sein werden, und wie die Kosten aufgebracht werden sollen, hat noch niemand sagen können. Es läßt sich auch nicht übersehen, welche Eingriffe in unsere Finanzen wir uns noch gefallen lassen müssen, wenn wir nicht alles zahlen können, was von uns verlangt wird. Stellt sich aber später heraus, daß das Reich die etwa jetzt bewilligten Zuschüsse nicht weiterzahlen kann, so sitzen die Landesversicherungsanstalten mit ihrer Leistungspflicht ohne die entsprechenden Einnahmen und Rücklagen da. Auf eine so unsichere Grundlage darf eine Rentenversicherung nicht aufgebaut werden.

Ich halte erhöhte Zuschüsse aus der Staatskasse auch nicht für gerecht. Die Invalidenversicherung war ursprünglich die Versicherung derjenigen Personen, die bis zu 2000 M jährlich verdienten, denn bei den sogenannten höheren Angestellten fiel die Versicherungspflicht beim Überschreiten der 2000-M-Grenze weg und die Arbeiter, für die diese Gehaltsgrenze nicht galt, verdienten im allgemeinen nicht mehr als 2000 M. Bei dieser Sachlage und den gesicherten finanziellen Verhältnissen, in denen das Reich sich damals befand, ließ sich der Aufbau der Invalidenversicherung mit Hilfe von Reichszuschüssen rechtfertigen. Bei der Angestelltenversicherung wurde die Sache anders gemacht. Soweit die Angestellten nicht mehr als 2000 M verdienten, waren sie gleichzeitig in der Invalidenversicherung und erhielten so die Reichszuschüsse zu den Renten. Wer mehr als 2000 M verdient, ist nur in der Angestelltenversicherung und bekommt zu den Renten des Angestelltenversicherungsgesetzes keinen Reichszuschuß. Die Angestelltenversicherung muß die Mittel für ihre Renten selbst aufbringen. Seitdem haben die Einkommensverhältnisse sich völlig verändert. Die Arbeiter erzielen Löhne in früher ungeahnter Höhe; vielfach verdienen sie weit mehr als die versicherten Angestellten. Ist es da gerecht, der Invalidenversicherung weitere Zuschüsse aus der Reichskasse zuzuwenden, der Angestelltenversicherung aber nicht? Ich weiß nicht, wie man es rechtfertigen will, einem Arbeiter, der 8000 oder 10 000 M jährlich verdient, Zuschüsse zu seiner Versicherung zu gewähren, einer Buchhalterin mit einem Verdienst von 2400 M aber nicht.

Auch aus anderen Gründen erscheint die Aufbringung der Mittel durch Zuschüsse aus der Reichskasse nicht als zweckmäßig. Meiner Ansicht nach waren die Verhältnisse bei den Krankenkassen früher recht gesund: sie konnten recht umfangreiche Mehrleistungen einführen, mußten dann aber auch die Mittel dafür aufbringen. Bei einem solchen Verfahren werden übermäßige Forderungen am besten verhütet. Neuerdings ist dieser Grundsatz für das Gebiet der Wochenhilfe durchbrochen, und über die Angehörigen der Versicherten, für die die Reichszuschüsse gezahlt werden, hat sich ein Segen ergossen, der den Widerspruch der Krankenkassen selbst herausgefordert hat. Erhalten doch die Angehörigen der Versicherten die Wochenhilfe ohne Rücksicht auf die Dauer der Versicherung, ohne Rücksicht darauf, ob der Versicherte sie unterhält und ohne Rücksicht auf ihr eigenes Einkommen. Die Tochter eines Versicherten, die deshalb nicht versicherungspflichtig ist, weil sie mehr als 5000 M verdient — die also nicht als versicherungsbedürftig angesehen wurde — erhält jetzt die Familien-

wochenhilfe, und zwar zur Hälfte aus der Reichskasse. Eine solche Regelung würden die Krankenkassen selbst niemals getroffen haben; sie waren daran gewöhnt, sich nach der Decke zu strecken und die verfügbaren Mittel da zu verwenden, wo es am nötigsten war. Ob sich die jetzigen Leistungen der neuen Wochenhilfe aufrecht erhalten lassen, muß abgewartet werden. Eine Einschränkung der Familienwochenhilfe wird wohl entsprechend den Forderungen der Krankenkassen bald kommen und ein Zurückgehen ist immer bitter.

An dem Grundsatz, daß derjenige, der die Leistungen der Versicherung erhöht, auch gleichzeitig die dafür erforderlichen Beiträge zu bewilligen hat, sollte man auch auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung festhalten. Nur so bleibt man in den Grenzen des Möglichen und nur so baut man zu weit gehenden Forderungen vor. Stopft man jetzt das vorhandene Loch durch Zuwendungen aus der Reichskasse, so werden bald neue Forderungen erhoben werden, denn die dadurch erforderlich werdende Belastung tritt, wenn sie aus Steuermitteln gedeckt wird, weniger klar in die Erscheinung.

Zuwendungen aus der Reichskasse an die Versicherungsträger sollten nur dann in Frage kommen, wenn es einen anderen Weg nicht gibt. Das ist hier aber nicht der Fall. Gewiß müssen zur Deckung der Fehlbeträge die Invalidenversicherungsbeiträge außerordentlich stark erhöht werden. Aber auch Zuschüsse aus der Reichskasse müßten aufgebracht werden. Nach Lage der Verhältnisse kann dies nur durch indirekte Steuern geschehen, denn die jetzt geforderten direkten Steuern bilden ja wohl vorläufig die Höchstgrenze dessen, was geleistet werden kann. Diese Steuern sind aber für andere Zwecke bestimmt und dafür nötig. Auch Einnahmen aus den schon jetzt bewilligten indirekten Steuern werden dem Reiche für diese Zwecke kaum zur Verfügung stehen. Es bleibt also, wenn man die Invalidenversicherung nicht durch die Erträgnisse der Notenpresse stützen will, nur übrig, neue indirekte Steuern für diesen Fall zu bewilligen, die von der Allgemeinheit aufgebracht werden müssen, ähnlich wie die Versicherungsbeiträge. Unter Umständen belasten indirekte Steuern gerade die bedürftigsten Versicherten am meisten, nämlich die kinderreichen Familien. Im Grunde sind auch die Versicherungsbeiträge nur eine besondere Steuerart. Es empfiehlt sich daher, die für die Invalidenversicherung erforderlichen Mittel durch Versicherungsbeiträge aufzubringen. Die Träger der Versicherung bleiben dadurch unabhängig von der Finanzlage des Reichs und die Versicherten werden dabei im allgemeinen nicht schlechter fahren, da schließlich eine zu starke Belastung durch Versicherungsbeiträge durch Lohnerhöhungen ausgeglichen wird. Nebenbei sei bemerkt, daß die Aufbringung der Mittel durch Erhöhung der Versicherungsbeiträge keine besonderen Kosten verursacht, während die Erhebung von Steuern unter Umständen viel Geld kostet.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Betriebskrankenkassen der Heeresverwaltung.

Erlaß des Preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 13. Dezember 1919 (HMBl. S. 342).

Die bisherigen Betriebskrankenkassen der Heeresverwaltung bei

1. der Gewehrfabrik in Spandau,
2. der Munitionsfabrik in Spandau,
3. der Betriebskrankenkasse der Heeresverwaltung in Cassel (Sitz Munitionsfabrik in Cassel),
4. der Gewehrfabrik in Erfurt,
5. der Artilleriewerkstatt in Spandau,
6. Der Artilleriewerkstatt Lippstadt,
7. der Geschützgießerei und Geschoßfabrik in Spandau,
8. der Geschoßfabrik in Siegburg,
9. dem Feuerwerkslaboratorium in Spandau,
10. dem Feuerwerkslaboratorium in Siegburg,
11. der Pulverfabrik in Spandau,

12. der Pulverfabrik in Hanau,
13. für die militärischen Institute bei Plaue a. H.

sind mit dem 1. Oktober 1919 in die Verwaltung des Reichsschatzministeriums (Hauptverwaltung der Reichsbetriebe) übergegangen, das nunmehr diesen Kassen gegenüber als Arbeitgeber gilt. Die von der Generaldirektion der Heereswerkstätten bisher geübte Aufsicht über diese Kassen kommt damit in Fortfall. Das Reichsschatzministerium beabsichtigt nicht, eine besondere Aufsichtsbehörde über diese Kassen einzusetzen. Die Aufsicht über die Kassen führen demnach künftig wieder die zuständigen Versicherungsämter.

Zur Frage des mißglückten Arbeitsversuches.

Rev. Entsch. des sächsischen Landesversicherungsamts v. 18. Oktober 1919.

Die angefochtene Entscheidung beruht auf den vorliegenden gutachtlichen Äußerungen des Arztes, der den H. vor dem Beginne der Arbeit in Großzschocher behandelt hat. Darnach ist H., als ihn sein Arzt nicht nur versuchsweise, sondern endgültig aus der Behandlung entließ, ohne die Gefahr der Verschlimmerung seines noch nicht völlig behobenen Leidens fähig gewesen, leichte bis mittelschwere Arbeit zu verrichten. Derselbe Arzt hat allerdings H. bei der Entlassung aus der Behandlung darauf aufmerksam gemacht, daß er (H.) noch nicht gesund sei, und es mit leichter Arbeit *versuchen* solle, und auch angenommen, daß der Tod des H. eine Folge der Überanstrengung zufolge der am 10. November 1917 geleisteten, zu schweren Arbeit gewesen sei. Das Oberversicherungsamt erwägt aber, daß die von H. übernommene Arbeit als leichte bis mittelschwere Arbeit anzusehen, daß sie ferner 7½ Stunden lang ohne Anstand verrichtet worden und deshalb nach ihrer Art, Dauer und Entlohnung nicht nur als ein mißlungener Arbeitsversuch, sondern als ernstliche Beschäftigung, die den Namen einer solchen verdiene, anzusehen sei, und daß sie hiernach nach Maßgabe des letzten Beschäftigungsortes die Mitgliedschaft der Allgemeinen Ortskrankenkasse Leipzig-Land begründet habe.

Diesen Ausführungen könnte nur insoweit entgegengetreten werden, als die Bezeichnung der von H. geleisteten (Erd-Ausschachtungs-) Arbeit als leichter bis mittelschwerer wohl kaum zutreffen dürfte. Wenn aber auch diese Art der Tätigkeit als eine schwere Arbeit bezeichnet werden und darnach mit dem Arzte angenommen werden müßte, daß sie die Ursache des Herzschlages gewesen ist, dem der an einem Lungenleiden und Asthma erkrankte H. erlag, so ist dies doch unerheblich bei der Beurteilung des vorliegenden Falles. Denn die Reichsversicherungsordnung knüpft die Versicherung der Arbeiter gegen Krankheit lediglich an die Leistung von Lohnarbeit im Sinne des § 165 RVO. ohne Unterscheidung, ob der Arbeiter bei der Übernahme der Arbeit gesund oder krank ist, ob er wegen der Krankheit, an der er leidet, der Heilbehandlung bedarf oder nicht, und ob er die Arbeit unter Gefährdung der Gesundheit oder der Verschlimmerung der Krankheit zu leisten vermag (zu vgl. *Hanow — Hoffmann*, Kommentar zum 2. Buche der RVO. S. 121 der 2. Aufl. Anm. 23a Abs. 2 zu § 165).

Darum schließt die Krankheit des Arbeiters beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung die Versicherung nur aus, wenn sie mit völliger Arbeitsunfähigkeit in dem Maße verbunden ist, daß dem, was an Arbeit geleistet wird, ernstlich die Bedeutung einer solchen nicht beigemessen werden kann, also nur der Versuch einer Beschäftigung, der zu dieser nicht gediehen ist, vorliegt. Die Versicherung tritt also grundsätzlich auch ohne Rücksicht auf die Dauer der geleisteten Arbeit ein, wenn nur eine solche geleistet worden ist (zu vgl. a. a. O. S. 122 Anm. 23c Abs. 2).

Nach den vorliegenden tatsächlichen Feststellungen mag nun zwar davon auszugehen sein, daß die von H. übernommene Arbeit eine solche war, die ihm der Arzt nicht gestattet hatte und der er sich nur mit der Gefahr einer Verschlimmerung seines Leidens und sogar, wie der Erfolg ergeben hat, mit der Gefahr der Überanstrengung, die zum Tode führen konnte und geführt hat, unterziehen konnte. Nicht aber folgt hieraus, was sowohl die Beklagte, wie auch der Kläger und die Angehörigen des Verstorbenen daraus folgern zu können meinen, daß H. am 10. November 1917 sich lediglich bemüht hat, die übernommene Arbeit zu leisten und daß der Versuch dazu mißlungen ist. Sondern das Berufungsgericht zieht aus der von ihm festgestellten Tatsache, daß H. am genannten Tage die volle Arbeitszeit durchgehalten hat, mit Recht den Schluß, daß er in dieser Zeit auch wirkliche Arbeit geleistet hat, die ernstlich als solche bewertet werden durfte. Jedenfalls ist hiernach der Nachweis des Gegenteils nicht zu erbringen, der erbracht werden müßte, um die sonst berechtigte Annahme der Versicherung Hs. bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Leipzig-Land zu widerlegen.

Da somit H. am Tage seines Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung bei Br. Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse Leipzig-Land geworden ist (§ 306 RVO.) und an diesem Tage auch seine Ansprüche auf die Regelleistungen dieser Kasse entstanden sind (§ 206 a. a. O.), so hat der Kläger als derjenige, der die Kosten des Begräbnisses bestritten hat, gegen diese Kasse nach § 203 Satz 1 RVO. den Anspruch auf Bezahlung der ihm entstandenen Kosten in Höhe des nach § 201 RVO., wie unbestritten geblieben ist, zutreffend berechneten Betrages von 120 *M*.

Anmerkung des Einsenders: Obwohl feststand, daß H., ein 71 Jahre alter Mann und

seit langer Zeit schwer herzleidend, zuletzt wegen Lungenkatarrh und Asthma arbeitsunfähig krank, am 8. November 1919 nur versuchsweise zu leichten Arbeiten fähig, sonst aber ungeheilt aus der kassenärztlichen Behandlung entlassen worden ist, hat das Oberversicherungsamt die am 10. November 1919 aufgenommene Beschäftigung als versicherungspflichtig anerkannt und zum Ausdruck gebracht, daß Erdarbeiten (Ausschachtungsarbeiten) zu den leichten und mittelschweren Arbeiten gehören (denn nur für solche konnte H. in Frage kommen). Dabei hat aber das Oberversicherungsamt völlig unbeachtet gelassen, was der in der Verhandlung gehörte amtliche Sachverständige über Art und Folgen der Krankheiten Hs. ausgesagt hat. Dieser hat es mit Sicherheit für ausgeschlossen erachtet, daß H. nach jahrelanger Herzkrankheit mit folgendem Lungenkatarrh und Asthma in der Lage war, ohne Gefahr für Leben und Gesundheit Erdarbeiten überhaupt habe ausführen können; der alsbald eingetretene Tod sei ein Beweis dafür gewesen, das H. sich überanstrengt hat. Wenn H. auch 7½ Stunden hat arbeiten können, so habe er sich doch überanstrengt, was eben nach Eintritt der Ruhe eine Erschlaffung der Herzmuskulatur und den Tod nach sich gezogen habe.

Die Entscheidung des Oberversicherungsamtes beruht zweifellos auf einer Verkennung der obwaltenden Tatsachen, insbesondere auf falscher Beurteilung der Erdarbeiten. — Das Landesversicherungsamt hat auch den Standpunkt des Oberversicherungsamtes bezüglich der Bewertung solcher Erdarbeiten nicht teilen können, dennoch aber die Revision zurückgewiesen, weil H. tatsächlich Arbeit geleistet und entsprechend Lohn erhalten habe. Die Begründung der Versicherungspflicht erscheint indes gewagt.

Zunächst muß die Lohnfrage völlig ausscheiden, weil heute nicht mehr die Leistungsfähigkeit eines Arbeiters am Lohn gemessen werden kann. Ferner darf die an sich kurze Arbeitsdauer von 7½ Stunden nicht ausschlaggebend sein, denn es ist unerörtert geblieben, *was* H. innerhalb dieser Zeit geleistet hat, wenn er auch ohne Unterbrechung gearbeitet hat. Könnte der Tote berichten, so würde er zweifellos aussagen, daß er unter Aufbietung aller Kräfte versucht hat, auszuhalten. Dafür spricht die von sachverständiger Seite bestätigte Tatsache, daß nach eingetretener Ruhe eine Erschlaffung der Herzmuskulatur eingetreten ist, die den Tod zur Folge hatte.

Entscheidend bleibt indessen in diesem für die Beurteilung eines mißglückten Arbeitsversuches typischen Falle die Tatsache, daß H. nach *langer*, noch nicht beendeter Krankheit zu *schweren* Arbeiten unfähig war und daß die aufgenommene Beschäftigung (Erdarbeiten im November bei Asthma usw.) von vornherein zu hohe Anforderungen an den alten Mann stellen mußte, daß ferner nach der logischerweise stattgefundenen Überanstrengung der Tod eingetreten ist. Bei einem so plötzlichen Zusammentreffen von Ursache und Wirkung muß man ohne weiteres einen mißlungenen Arbeitsversuch in der *kurzen* Beschäftigung Hs. erblicken. Die entgegenstehenden Entscheidungen erscheinen sehr bedenklich.

Anmerkung der Schriftleitung: Wir teilen die Bedenken des Einsenders zunächst schon insofern, als es doch von Interesse gewesen wäre, etwas über das Arbeits*ergebnis* zu erfahren, um danach ermessen zu können, ob der Kranke wirklich Arbeit, die den Namen einer solchen verdiente, geleistet hat. Es könnte sein, daß Erhebungen hierüber ergeben hätten, daß H. sich nur 7½ Stunden *gequält* hat. Aber auch abgesehen hiervon, hat doch der Arzt den H. darauf hingewiesen, daß er es mit „leichter" Arbeit „versuchen" solle. Ein *solcher* Versuch also konnte allenfalls gewagt werden; ein Versuch mit der zweifellos *nicht* leichten Ausschachtungsarbeit war — anders kann die Äußerung des Arztes kaum verstanden werden — von vornherein zum Scheitern verurteilt und durfte deshalb als Beschäftigung im Sinne des § 165 RVO. nicht angesehen werden. Wir verweisen auf die Entscheidung des preuß. ObVerwGer. in ArbVers. 1916 S. 543. Was dort von einem *geistig* Schwachen gesagt ist, trifft auch im vorliegenden Falle zu, wo es sich um einen durch schwere chronische Leiden bedingten Zustand hochgradiger *körperlicher* Schwäche handelte.

Nur Wöchnerinnen, die nicht versicherungspflichtig sind, haben Anspruch auf Familien-Wochenhilfe nach § 205a RVO.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Leipzig** v. 28. November 1919 (I 1097 d).

Ein Anspruch des Fensterputzers K. auf Familienwochenhilfe gemäß § 10 des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 konnte nicht anerkannt werden, weil Frau K. nicht als *versicherungsfreie* Ehefrau anzusehen war. Eine versicherungsfreie Ehefrau ist, wie schon vor Inkrafttreten des Gesetzes vom 26. September 1919 in Rechtslehre und Rechtsprechung anerkannt war, nur eine *nichtversicherungspflichtige* Ehefrau. Frau K. ist aber bis zu ihrer Niederkunft bzw. bis zum Eintritt ihrer durch die Schwangerschaftsbeschwerden hervorgerufenen Erwerbsunfähigkeit zugestandenermaßen versicherungspflichtig gewesen. Für sie war also ein Anspruch auf Familienwochenhilfe nicht gegeben. Wenn diese Auslegung des Wortes „versicherungsfrei" auch insofern zu einem unbefriedigenden Ergebnis führt, als den zahlenden Mitgliedern, wenn sie wegen Nichterfüllung der Wartezeit nach § 2 des Gesetzes vom 26. September 1919 nicht anspruchsberechtigt sind, unter Umständen weniger Rechte eingeräumt worden sind als den nichtzahlenden Angehörigen von Mitgliedern und die Absicht des Gesetzgebers, daß das Grundsätzliche jeder Wöchnerin gewährleistet sein soll, nicht erreicht wird, so war doch bei der Fassung des Gesetzes die Einnahme eines anderen Standpunktes nicht möglich.

Da nun Frau K. nicht sechs Monate lang im letzten Jahr vor der Niederkunft eine Mitgliedschaft nachweisen und weiterhin auch nach der Veranlagung zur Steuer nicht als minderbemittelte Wöchnerin gelten konnte, so war ein Anspruch auf Wochenhilfe nicht nur nach § 10, sondern auch nach §§ 2 und 17 des genannten Gesetzes nicht begründet.

Es war daher wie geschehen zu erkennen. Es

mag aber darauf hingewiesen werden, daß die Härte des Gesetzes vom 26. September 1919, die darin liegt, daß versicherungspflichtige Ehefrauen, wie im vorliegenden Falle, überhaupt keine Wochenhilfe erhalten, nur durch eine entsprechende Änderung des § 10 des Gesetzes zu beseitigen ist.

B. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wird nur auf Antrag gewährt.

Beschluß des **Reichsgerichts** (4. Strafsen.) v. 19. September 1919 (Entsch. 53 S. 300).

Eine Vorschrift, wie sie im § 245 ZPO. für den Zivilprozeß enthalten ist, daß nämlich, falls infolge eines Krieges oder eines anderen Ereignisses die Tätigkeit der Gerichte aufhört, für die Dauer dieses Zustandes das gerichtliche Verfahren unterbrochen wird, ist für das Strafverfahren nicht gegeben. Hier laufen also auch im Fall eines solchen Zustandes die Fristen weiter.

Nach einer Auskunft des Landgerichtspräsidenten war während des Generalstreiks die Haupttür des Landgerichtsgebäudes in der E.straße geschlossen und mit der Aufschrift „Geschlossen" versehen. Im Inneren des Gebäudes war allerdings ein außerordentlicher Dienst zur Erledigung dringlicher Sachen eingerichtet; die diensttuenden Beamten haben auch eingehende Schriftstücke angenommen sowie geöffnet, und sie hätten ein solches, das eine Revisionsbegründung enthielt, gleichfalls angenommen. Das Bestehen des außerordentlichen Dienstes war aber der Allgemeinheit nicht bekanntgemacht. Der Beschwerdeführerin kann daher zugegeben werden, daß sie während des bezeichneten Zeitraums, insbesondere wegen des Verschließens der Haupttür zum Gerichtsgebäude, auch bei Anwendung aller nach den Umständen des Falles gebotenen Sorgfalt nicht imstande war, die Revisionsbegründung bei Gericht anzubringen, also durch einen für sie unabwendbaren Zufall an der Einhaltung der im § 385 StPO. bestimmten Frist verhindert worden ist. Das gleiche mag auch gelten, wenn das Hindernis darin bestand, daß während des Generalstreiks die Angestellten sämtlicher Rechtsanwälte, somit auch ihres Verteidigers, nicht tätig waren. Das Gericht ist aber nach dem Gesetze nicht befugt, wegen solcher besonderen Umstände die Frist, die tatsächlich verstrichen ist, als innegehalten anzusehen. Als Abhilfe für derartige Fälle kennt die StPO. vielmehr lediglich die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand. Sie kann nicht deshalb als entbehrlich erachtet werden, weil unter den Wirkungen des Generalstreiks nicht nur die Beschwerdeführerin, sondern auch die Allgemeinheit, insbesondere die gesamte Rechtspflege zu leiden hatte. Denn § 44 StPO. hat, wie der Hinweis auf Naturereignisse, die sich regelmäßig nicht auf einen einzelnen Menschen zu beschränken pflegen, klar ergibt, nicht zur Voraussetzung, daß die Behinderung ausschließlich für den Antragsteller bestanden hat. Die Notwendigkeit der Wiedereinsetzung entfällt auch nicht deswegen, weil die Beschwerdeführerin für den Ausbruch des Generalstreiks nicht verantwortlich war; denn § 44 StPO. setzt gerade eine Verhinderung durch unabwendbare Zufälle voraus. Die nachteiligen Folgen einer Fristversäumung können also, auch wenn ihre Ursachen nicht nur den Versäumenden betreffen und von ihm nicht zu vertreten sind, nur durch Wiedereinsetzung in den vorigen Stand beseitigt werden.

Eine solche kann nicht von Amts wegen erfolgen. Sie muß vielmehr „beansprucht" (§ 44 das.), das „Gesuch" um sie in bestimmter Frist und mit bestimmtem Inhalte bei einem bestimmten Gericht angebracht werden (§ 45 a. a. O.). An alledem fehlt es hier. Der Schriftsatz vom 10. März 1919 enthält ausschließlich eine Begründung der Revision, spricht aber mit keinem Worte von einer Wiedereinsetzung in den vorigen Stand. Er führt an, daß das Urteil am 27. Februar 1919 zugestellt worden sei, und trägt den offensichtlich in der Schreibstube des Verteidigers gefertigten Vermerk: „Eilt sehr! Fristsache!" Er macht also erkennbar, daß durch seine Einreichung eine Frist noch gewahrt werden sollte, nicht aber, daß eine solche bereits versäumt war. Er entspricht weiter der zwingenden Vorschrift des § 45 Abs. 1 StPO. insofern nicht, als er nicht einmal die „Angabe" der Versäumungsgründe enthält, so daß ungeprüft bleiben kann, ob und wieweit es bei der Gerichtsbekanntheit der Tatsachen, auf die das Gesuch hätte gegründet werden können, noch ihrer „Glaubhaftmachung" bedurft hätte. Die bloße Einreichung der Revisionsbegründung stellt lediglich die Nachholung der versäumten Handlung dar; außer ihr („mit dem Gesuch" ...) erfordert § 45 Abs. 2 aber zwingend die Anbringung des „Gesuchs" selbst. Es geht also nicht an, die Revisionsrechtfertigung stillschweigend zugleich als Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand anzusehen.

Nach alledem ist das Landgericht zutreffend davon ausgegangen, daß einerseits die Revisionsanträge nicht in der im § 385 StPO. vorgeschriebenen Frist angebracht worden sind, und daß andererseits gegen die Versäumung dieser Frist die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nicht, insbesondere nicht binnen einer Woche nach Hebung des Hinder-

nisses, nachgesucht worden ist. Es hat also mit Recht die Revision gemäß § 386 Abs. 1 StPO. als unzulässig verworfen.

Anmerkung: Auch in Sachen der Reichsversicherung wird die Wiedereinsetzung nur auf Antrag gewährt (§§ 131 ff. RVO.); nur genügt hier der irgendwie erkennbare Wunsch, daß das Rechtsmittel oder der Rechtsbehelf trotz der Verspätung zugelassen werden soll (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 211, Anm., und Entsch. des RVA. 2160, ArbVers. 1916 S. 367). Das bezieht sich aber nur auf das Verfahren vor den Versicherungsbehörden. In Strafsachen wegen Zuwiderhandlungen gegen die RVO. vor den ordentlichen Gerichten gelten selbstverständlich die Vorschriften der StrPrOrdg. mit ihren strengeren Anforderungen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die bedrohliche Lage der Landesversicherungsanstalten.

Der Ausschuß der Landesversicherungsanstalt Brandenburg hat eine Eingabe an den Reichsarbeitsminister gerichtet, in der es u. a. heißt: „Die wirtschaftliche Lage der Landesversicherungsanstalten ist durch die Folgen des Krieges (Rückgang der Einnahmen aus Beiträgen, Verteuerung der Verwaltungskosten, starke Beteiligung an Kriegsanleihe, bedeutende Zunahme der Rentenlast) überaus ungünstig geworden und gibt zu schweren Besorgnissen Anlaß. Die hauptsächlichste Ursache für die ungünstige geldliche Lage der Landesversicherungsanstalten ist aber die Belastung mit den Rentenzulagen, ohne daß gleichzeitig ein Ausgleich durch eine gesetzliche Erhöhung der Beiträge getroffen wäre. Die Rentenzulagen, die seit dem 1. Oktober 1919 auf 20 ℳ monatlich für jede Invaliden- und Altersrente und auf 10 ℳ für jede Witwen- und Witwerrente erhöht sind, bedeuten eine erdrückende Mehrbelastung. Für die Landesversicherungsanstalt Brandenburg stellen sie für 1920 voraussichtlich eine Gesamtjahresbelastung von 25 639 500 ℳ dar. — So sehr einerseits anerkannt werden muß, daß die erhöhten Rententeuerungszulagen für die Versicherten notwendig sind, so sehr muß anderseits betont werden, daß diese gewaltige Belastung den Landesversicherungsanstalten die Möglichkeit nimmt, ihren gesetzlichen Aufgaben gerecht zu werden, und dadurch die Interessen der Versicherten in empfindlichster Weise schädigt. Die Landesversicherungsanstalten müssen unbedingt für die Zahlung der Rentenzulagen vom Reiche schadlos gehalten werden. Im übrigen sollte an die Stelle der jetzigen Rentenzulagen, die im Widerspruch mit den Grundsätzen der Versicherung und ohne jede Rücksicht auf das örtliche und persönliche Bedürfnis bemessen sind, und deshalb nicht genügend wirken können, eine Erhöhung der gesetzlichen Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung auf das Doppelte treten. Diese Erhöhung und die im Interesse der Volksgesundheit gebotene ausgiebige Gewährung der freiwilligen Leistungen, insbesondere auf dem Gebiete des Heilverfahrens, bedingen eine wesentliche Erhöhung der gegenwärtigen Beiträge in Verbindung mit dem Aufbau höherer Lohnklassen und eine Hinaufsetzung der Verdienstgrenze. Diese Änderungen müssen so bald als möglich in Kraft treten."

Diese Mitteilung entnehmen wir der „Deutschen Allgemeinen Zeitung", also einem bekanntlich halbamtlichen Blatte. Das läßt darauf schließen, daß man Anregungen dieser Art auch an der maßgebenden Regierungsstelle ernstlich erwägt und daß insbesondere wohl eine Vorlage über recht erhebliche Erhöhung der Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung schon vor der in Aussicht genommenen grundlegenden Änderung der Reichsversicherungsordnung zu erwarten ist. Sie wird geboten sein, weil das, was hier eine einzelne Landesversicherungsanstalt vorbringt, die allgemeine Notlage der Landesversicherungsanstalten überhaupt kennzeichnet. Sollte freilich allen Vorschlägen, deren Billigkeit an sich nicht zu verkennen ist, im vollen Umfange stattgegeben werden, so würde das eine so gewaltige neue Belastung des Reichs, der Versicherten und der Arbeitgeber bedingen, daß man sich ernstlich fragen muß: Wo soll das zur Bestreitung all dieser Ausgaben erforderliche — — Papier hergenommen werden?

Die Landesversicherungsanstalten im Jahre 1918.

Die Geschäftsberichte der Landesversicherungsanstalten erscheinen immer mit erheblicher Verspätung. So waren bis Ende 1919 noch nicht einmal alle Berichte für 1918 erschienen. Die Verzögerungen sind nur aus dem bürokratischen Geschäftsbetrieb der ganzen Invalidenversicherung zu erklären. Immerhin könnte wohl die „Wartezeit" etwas abgekürzt werden. Sozialpolitische Berichte, Statistiken usw. verlieren in dem Maße an Bedeutung, indem sie post festum erscheinen.

Das besondere Kennzeichen des Jahres 1918 in der Invalidenversicherung ist das einer noch nie gekannten Steigerung der Ausgaben. Die Kriegswirkungen machen sich in diesem Versicherungszweig später bemerkbar als in den anderen. Am einschneidendsten wirkte die Geldentwertung ein, die dazu zwang, die Renten durch Teuerungszulagen zu erhöhen. Diese Zulagen werden entgegen früheren Versprechungen vom Reiche nur vorgeschossen, nicht endgültig getragen, und müssen von den Trägern der Invalidenversicherung abgezahlt werden. Zu diesen Belastungen kommen noch die Vermehrungen der Renten. Die Kranken-, Alters- und Hinterbliebenenrenten fanden eine erhebliche Zunahme. Eine Steigerung der Beitragseinnahmen fand nur in bescheidenem Umfange insofern statt, als die Versicherten infolge ihrer höheren Löhne mehr und mehr nach der obersten Lohnklasse verschoben wurden. Das konnte natürlich nicht entfernt einen genügenden Ausgleich bringen.

Der Umfang der Berichte ist immer mehr beschränkt worden. Eine Anzahl Landesversicherungsanstalten veröffentlichen nur noch die wichtigsten Begebenheiten und Ziffern ohne das frühere eingehende Tabellenwerk. In der äußeren Organisation der Invalidenversicherung hat sich im Berichtsjahr nichts geändert, wenn man von den Beschränkungen der Versicherungsanstalten Elsaß-Lothringen und Posen absieht. Was die innere Organisation anbetrifft, so machten sich bei einigen Versicherungsanstalten Bestrebungen bemerkbar, die demokratischen Umwälzungen, die sich im öffentlichen Leben vollzogen, auch auf die Verwaltung der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu übertragen. So wurde z. B. in der ordentlichen Jahresversammlung des

Ausschusses der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein am 18. Dezember 1918 eine Siebener-Kommission gebildet, bestehend aus einem beamteten Vorstandsmitglied, je einem Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten im Vorstand und je zwei derselben aus dem Ausschuß zur Prüfung der Frage, in welcher Weise eine Erweiterung der Rechte des Gesamtvorstandes und des Ausschusses innerhalb der gesetzlichen Grenzen angängig und zweckmäßig erscheint. Ähnliche Maßnahmen wurden auch von der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt getroffen.

Jene erwähnten wirtschaftlichen Belastungen machen sich nicht bei allen Versicherungsträgern gleichmäßig bemerkbar. Es sind auch Landesversicherungsanstalten mit vorwiegend landwirtschaftlicher wie auch gewerblicher Bevölkerung hieran beteiligt. Obenan steht die Landesversicherungsanstalt Berlin, die im Jahre 1918 eine Vermögensabnahme von 3 837 566 ℳ nachweist. Zunächst ging bei ihr die Beitragseinnahme von 13,3 Millionen Mark im Jahre 1917 auf 13,1 Millionen Mark im Jahre 1918 zurück. Dagegen vermehrten sich die Rentenleistungen in derselben Zeit von 9,4 auf 13,9 Millionen Mark. Allein die Rentenzulagen erforderten Aufwendungen von 4,7 Millionen Mark. Es stieg z. B. vom Schlusse des Jahres 1913 zu 1918 die Zahl der laufenden Krankenrenten von 551 auf 2296, Altersrenten von 2278 auf 8316, Witwenrenten von 596 auf 2341, Waisenrenten von 2055 auf 12 367. Ähnlich schwer belastet wurde auch die Landesversicherungsanstalt Ostpreußen, die einen Fehlbetrag von 1 980 019 ℳ aufweist. Die Beitragseinnahme fand zwar eine kleine Zunahme von 5,2 im Jahre 1917 auf 5,3 Millionen Mark im Jahre 1918, doch verminderte sich die Zinseneinnahme, außerdem stiegen die Rentenleistungen von 4,0 auf 5,9 Millionen Mark. Die Landesversicherungsanstalt für den Freistaat Sachsen hatte im Jahre 1917 noch einen Vermögensüberschuß von 7,8, im Jahre 1918 aber nur noch von 1,5 Millionen Mark. Zwar erhöhten sich auch bei ihr die Beitragseinnahmen von 19,9 auf 21,7 Millionen Mark, doch erhöhten sich die Rentenleistungen von 16,3 auf 24,0 Millionen Mark. Für Teuerungszulagen zu den Renten wurden im Jahre 1918 allein 7,6 Millionen Mark ausgegeben.

Die Verwaltungskosten sind bei allen Versicherungsträgern ebenfalls erheblich gestiegen. Bei der Landesversicherungsanstalt Schlesien (mit rund 285 bis 290 Beamten in den letzten Jahren) erhöhten sich die genannten Kosten von 1,9 im Jahre 1915 auf 2,4 im Jahre 1917 und 3,3 Millionen Mark im Jahre 1918. Auf einen Beamten berechnet, erhöhten sich die Verwaltungsausgaben in den angegebenen Zeiten von 6577 auf 8685 und 11 644 ℳ. Die Landesversicherungsanstalt Westfalen beschäftigte in den letzten Jahren 185 bis 187 Beamte. Von 1915 zu 1918 fand annähernd eine Verdoppelung der Verwaltungsaufwendungen von 797 240 auf 1 413 000 ℳ statt. Auf einen Beamten berechnet erhöhten sich die Ausgaben von 4241 ℳ auf 7638 ℳ. Außer den Beamten waren noch 49 Kriegshilfskräfte beschäftigt, die nach Rückkehr der Beamten aus dem Heeresdienst wieder entlassen wurden. Der Verwaltungsbericht der Landesversicherungsanstalt Westfalen hebt hervor, daß auf Wunsch der Beamten ein Beamtenausschuß gebildet worden sei, der inzwischen bei einer Reihe persönlicher und anderer den Dienstbetrieb betreffender Angelegenheiten mitgewirkt habe. Etwas geringer war die Steigerung der Verwaltungsausgaben bei der Landesversicherungsanstalt Baden. Sie erhöhte sich dort bei durchschnittlich 90 Beamten von 630 743 ℳ im Jahre 1915 auf 703 862 ℳ im Jahre 1917 und 960 727 ℳ im Jahre 1918 oder je Beamten von 7008 ℳ auf 7909 und 10 795 ℳ. Berechnet auf 100 ℳ Einnahmen erhöhten sich die Verwaltungsausgaben von 64 auf 69 und 84 ℳ.

Die Ausgaben für Heilverfahren erfuhren nach Kriegsausbruch zunächst eine große Einschränkung, in den letzten Jahren jedoch wieder eine Vermehrung, namentlich infolge der Notwendigkeit umfassenderer Tuberkulosebehandlung. Besonders bemerkenswert ist, daß die Behandlungskosten an sich, d. h. auf den einzelnen Fall berechnet, ganz erheblich gestiegen sind. Die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz wendete im Jahre 1913 für die Behandlung tuberkulöser Männer 2 149 311 ℳ oder für jeden Fall 372 ℳ auf. Im Jahre 1918 waren die entsprechenden Kosten 1 726 500 ℳ oder 712 ℳ. Das ist fast eine Verdoppelung der für den einzelnen Fall aufgewendeten Kosten. Bei der Frauenbehandlung stiegen sogar die überhaupt aufgewendeten Kosten in derselben Zeit von 628 332 auf 692 802 ℳ oder für jeden Fall von 293 auf 407 ℳ. Bei der Landesversicherungsanstalt Braunschweig verminderte sich die Zahl der behandelten tuberkulösen Männer von 332 im Jahre 1913 auf 154 im Jahre 1918, die der Frauen von 146 auf 124. Trotzdem stiegen die Gesamtaufwendungen von 106 052 ℳ auf 110 500 ℳ bzw. von 31 352 auf 60 294 ℳ. Eingehende Angaben über die Verteuerung der Behandlungskosten gibt die Landesversicherungsanstalt Hessen-Nassau. Sie setzt die Durchschnittsbehandlungskosten eines Falles in der Tuberkulosebehandlung für das Jahr 1911 auf 100 v. H., sie berechnet dann, daß im Jahre 1918 die Kosten gestiegen sind auf 127 v. H. bei den Männern und 139 v. H. bei den Frauen. Am bemerkenswertesten ist aber, daß die Erfolgsziffer erheblich zurückgegangen ist, und zwar bei den Männern von 86 auf 73 v. H. und bei den Frauen von 92 auf 84 v. H. in dem zuletzt angegebenen Zeitraum. Bei der Behandlung anderer Krankheiten ist das Verhältnis ein ähnliches; es stiegen z. B. die Durchschnittskosten für eine behandelte Frau von 179 ℳ im Jahre 1911 auf 218 ℳ im Jahre 1918. Die Erfolgsziffern sanken von 93 v. H. auf 91 v. H. in demselben Zeitraum.

Von den sonstigen Einzelheiten der Geschäftsberichte seien noch die der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte hervorgehoben. Eine besondere Einrichtung derselben ist die Kinderfürsorge. Im Jahre 1918 befanden sich 887 Kinder (67 mehr als im Jahre vorher) in Waisenfürsorge. Zu dem Zwecke besitzt die Anstalt einige Kinderheime. Die Gesamtkosten dieser Waisenfürsorge beliefen sich im Jahre 1918 auf 566 579 ℳ. Außerdem wurden 972 tuberkulöse und tuberkulöse bedrohte Kinder lebender Versicherter in Heilfürsorge genommen. Die Gesamtzahl der Pflegetage dieser Kinder betrug 83 494, die Gesamtkosten 530 083 ℳ. Schließlich wurden noch einem „Ausschuß für kinderreiche Familien" in Hamburg 15 000 ℳ überwiesen. Für die Kriegswohlfahrtspflege wurden bis zum Schlusse des Berichtsjahres 3 145 198 ℳ ausgegeben. Die größten Beträge erhielten die Kriegsfürsorgeorganisationen. Die Heilverfahren an Versicherten fanden eine Ausgestaltung. — Die Landesversicherungsanstalt Württemberg hat Außerordentliches auf dem Gebiete der Kriegswohlfahrtspflege geleistet. In der Beratungsstelle für Kriegsinvaliden erschienen bis 30. Juni 1919 rund 6100 Kriegsinvaliden zur Berufsberatung. Hiervon wurden 4240 einer Arbeitsstelle zugewiesen, und zwar 3340 ohne Berufswechsel. Für Notstandsarbeiten, Arbeitslosenfürsorge und Kriegskrankenfürsorge wurden

bis Ende des Berichtsjahres 3¾ Millionen Mark aufgewendet. Die Landesversicherungsanstalt gewährt noch Solbadkuren für Kinder (im Berichtsjahre an 386), hat sechs Beratungsstellen für Geschlechtskranke, unterstützte 138 Einrichtungen auf dem Gebiete der Landkrankenpflege usw. Ein besonderes Arbeitsgebiet der Landesversicherungsanstalt ist die Kleinwohnungsfürsorge. Bis Ende des Jahres 1918 waren für diese Zwecke 22¾ Millionen Mark ausgeliehen worden. Die Waisenhauspflege soll in Zukunft in größerem Umfange durchgeführt werden. — Die Landesversicherungsanstalt Hannover wendete bis Ende 1918 rund 4¼ Millionen Mark für Kriegsfürsorge im Wege des § 1274 RVO. auf. Fast zwei Millionen Mark entfallen davon auf Liebesgaben an Hinterbliebene. 180 Kinder wurden in Genesungsheimen untergebracht. Die Gesamtkosten beliefen sich auf 34 180 ℳ. Die Versicherungsanstalt besitzt nicht weniger als sechs Genesungshäuser, die meist mit landwirtschaftlichem Betriebe ausgestattet sind. Eine umfangreiche Tätigkeit entwickelte die Versicherungsanstalt auch auf dem Gebiete der Förderung und Durchführung allgemeiner Maßnahmen für die Volksgesundheitspflege. Beispielsweise wurde ein Abkommen mit dem Landesverein für Volkswohlfahrt getroffen, das die Zuwendung von Beihilfen zur Förderung der Schulzahnpflege zum Gegenstand hat. Im Einzelfall werden bis zu 300 ℳ gewährt. Die Ausleihungen für die Arbeiterwohnungsfürsorge erreichten die Summe von 58 Millionen Mark bis Ende 1918. — Die Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein wendete im Jahre 1918 auf Grund des § 1274 RVO. zusammen 191 922 ℳ auf. Davon entfallen auf die Kriegswohlfahrtspflege 166 154 ℳ, die Unterstützung von Krankenpflegestationen 29 210 ℳ. Die Trinkerfürsorge ruhte, da keine Trunksüchtigen zur Unterbringung in die beiden Trinkerheilstätten gemeldet wurden. Als ein neuer Zweig der sozialen Fürsorge wurde die für Säuglinge aufgenommen. Auch die Arbeitsvermittlung wurde unterstützt. — Die Thüringische Landesversicherungsanstalt wendete der Kriegswohlfahrtspflege besondere Aufmerksamkeit zu. Es wurden z. B. als Darlehen an Gemeinden für Zwecke der Arbeitslosenfürsorge 2 869 800 ℳ ausgeliehen. Die Dankes- und Ehrengabe an Kriegsteilnehmer und ihren Hinterbliebenen erforderte im Berichtsjahr 179 820 ℳ Aufwendungen. Im Wege der Kinderpflege wurden 2820 Kinder in Solbäder und auf das Land gesandt. Von der Landesversicherungsanstalt wird die Geschäftsstelle der Sozialen Kriegsfürsorge in Thüringen mitverwaltet, die sich im Berichtsjahr mit rund 5700 Fürsorgefällen, insbesondere Unterbringungen in Arbeit usw. zu beschäftigen hatte. Die Waisenhauspflege wurde ausgestaltet. Die Gemeindepflegestationen erhielten 25 793 ℳ, die Hilfsfürsorgestellen 22 288 ℳ Unterstützung. — Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt hatte für das Jahr 1918 für Kriegsfürsorgemaßnahmen den Betrag von einer Million Mark bereitgestellt. Das Reichsversicherungsamt genehmigte aber nur den Betrag von 580 000 ℳ zur Verwendung. Hiervon wurden 275 000 ℳ zur Unterstützung von Arbeitslosen und Hilfsbedürftigen den Gemeinden zur Verfügung gestellt. Die Versicherungsanstalt besitzt drei Heilstätten und ein Invalidenheim. Die Grundsätze für die Gewährung von Darlehen zu Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen wurden geändert. Es wurde die Beleihungsgrenze allgemein auf 90 v. H. des Wertes erhöht, sofern vom Reich, Staat oder von der Gemeinde die selbstschuldnerische Bürgschaft für den über 66⅔ des Wertes hinausgehenden Teil der Darlehen übernommen wird. Der Zinsfuß wurde, einer Anregung des Reichsversicherungsamts folgend, mit Rücksicht auf die allgemeine Steigerung des Zinsfußes von „nicht unter 3½ v. H." auf „in der Regel nicht unter 4 v. H." geändert. Die Anstalt besitzt 164 Büro- und 30 Kontrollbeamte. — Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg wendete im Berichtsjahr 175 191 ℳ für die Kriegswohlfahrtspflege auf. Davon wurden an 894 Witwen und 2026 Waisen 121 059 ℳ Ehrengaben gewährt. Auf dem Wege der Waisenhauspflege wurden nur sechs Kinder untergebracht. Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke haben sich gut entwickelt. Die Anstalt besitzt ein Genesungsheim. — Die Landesversicherungsanstalt Oberpfalz läßt die Überwachung der Beitragsleistung durch vier Bürobeamte nebenamtlich ausführen. Es wurden nicht nur rund 5000 Anstände festgestellt und rund 250 Personen neu zur Versicherung herangezogen, sondern auch in rund 40 Fällen die Markenverwendung als unzulässig erklärt, weil schon Erwerbsunfähigkeit des Versicherten vorlag.

An den Kriegsanleihen haben sich manche Landesversicherungsanstalten stark beteiligt. Infolge der Kursrückgänge derselben ist ihnen meist erheblicher Schaden entstanden. Die Landesversicherungsanstalt Brandenburg hatte Ende des Jahres 1918 einen Bestand von Kriegsanleihen von 95 Millionen Mark. Im Jahre 1913 erzielte sie aus ihren Vermögensanlagen nur einen jährlichen Durchschnittszinsenertrag von 3,77 v. H. Durch die Anlage der angegebenen Summe in Kriegsanleihe hatte sie im Jahre 1918 einen Zinsenertrag von 1 073 500 ℳ mehr. Anderseits ist aber nicht außer acht zu lassen, daß der Durchschnittskurswert der Kriegsanleihen zu Beginn des Jahres 1919 nur etwa 80 v. H. war. Hiernach hätte sich das Vermögen der Landesversicherungsanstalt Brandenburg um rund 18 Millionen Mark vermindert. Es haben noch Kriegsanleihen die Landesversicherungsanstalten Westpreußen 16 Millionen Mark, Oberbayern 27 Millionen Mark, Mittelfranken 13 Millionen Mark usw. Es zeigen somit auch die Berichte auf 1918 viel beachtenswertes sozialpolitisches Material.

Sozialhygienische Bedenken gegen das Gesetz über Wochenhilfe usw. v. 26. 9. 19.

Zu den juristisch-technischen Mängeln des Gesetzes, die in der Praxis alsbald und immer mehr und mehr so peinlich fühlbar hervorgetreten sind, gesellen sich noch ernste sozialhygienische Bedenken, der Hinweis auf mögliche Folgen des Gesetzes, die mit den guten Absichten seiner Urheber in grellem Widerspruch stehen. In der „Sozialen Praxis" v. 20. 11. 1919 (Bd. 29 Sp. 173 ff.) äußert sich der Obergewerbearzt, Medizinalrat Dr. Holtzmann, Dozent für soziale Hygiene an der Technischen Hochschule in Karlsruhe, wie folgt:

Angesichts des Herabgehens der Geburtenziffer in den Kriegsjahren hat wohl manchen der Schreck befallen vor dem drohenden Gespenst der Entvölkerung Deutschlands. Wie ich glaube, liegt zahlenmäßig eine Gefahr vorerst nicht vor. Die Geburtenziffer wird sich im laufenden Jahre wieder erhöhen. Im Hinblick auf das räumlich verminderte Deutschland, das Zurückströmen der Ausgewiesenen und Auslandsdeutschen, die erschwerte Unterhaltsmöglichkeit ist ein langsames Fortschreiten der Bevölkerungsziffer kein Schaden. Schwerwiegender scheint mir die Frage der guten Qualität des Nachwuchses zu sein. Berechtigte Klagen über Verrohung und Verwilderung der Jugend wurden während des Krieges von allen Seiten erhoben. Die

Hauptschuld trägt die Lockerung der Schulzucht und besonders des Familienverbandes. Es muß darum erste Aufgabe einer gesunden Sozialpolitik sein, den Familiensinn zu stärken, die Stellung der Frau in der Familie nach Kräften zu heben; nur so können wir zahlreiche körperlich und seelisch gesunde Kinder dem kommenden Deutschland zuführen.

Wie sieht es demgegenüber mit dem unehelichen Kinde aus? Die Statistik zeigt zunächst, daß die Sterblichkeit des unehelichen Kindes die des ehelichen um das Doppelte übertrifft. Es darf nicht unser Ziel sein, möglichst viel Kinder in die Welt zu setzen, sondern möglichst viel dem Leben zu erhalten. Dafür ist die Familie der ungleich bessere Boden. Berücksichtigen wir weiter die Qualität der Neugeborenen und die Aussichten, die sich ihnen im ferneren Leben bieten. Die Kriminalstatistik, die Statistik der Sittenpolizei und der Irrenanstalten zeigen uns, wie oft die Tatsache der unehelichen Geburt mit der späteren Entgleisung auf dem Lebensweg im Zusammenhange steht. Einmal sind es die Schäden der Umwelt, die weit stärker auf das uneheliche Kind einstürmen als auf die im Schoße der Familie Behüteten. Wären es nur diese, so könnte es vom wirtschaftlichen Standpunkt aus als lohnendes Ziel gelten, den gefährdeten Kindern den fehlenden Familienhalt zu ersetzen. Es trifft dies aber nicht zu. Die Psychiater, namentlich die Heidelberger Schule, haben uns gezeigt, wie unter den Fürsorgezöglingen, die sich zum großen Teil aus den unehelichen Kindern rekrutieren, nur ein verhältnismäßig geringer Prozentsatz ausschließlich durch die Umweltschäden zu Falle kommt, die meisten sind von Geburt an degeneriert. Bisweilen mag die Zeugung im Rausche an der Degeneration der Kinder schuld sein, häufiger ist es die Minderwertigkeit der unehelichen Mutter. Wem das Material der Frauenabteilungen unserer Irrenanstalten bekannt ist, weiß, wie viele von Jugend auf mehr oder minder ausgesprochene Schwachsinnige sich hier zusammenfinden. Bis diese ihr Lebensweg in den sichern Hafen der Anstalt geführt hat, haben sie sich bei der starken sexuellen Reizbarkeit derartiger Kranker sehr häufig völlig wahllos hingegeben und Kinder erzeugt, deren Vater sie kaum mit dem Vornamen zu nennen vermögen. Auch ein Gutteil der erwerbsmäßigen Prostitution rekrutiert sich aus solchen Schwachsinnigen. Diese von Anbeginn an degenerierte minderwertige Aufzucht bedeutet aber wahrlich keinen Gewinn unserer Volkskraft und unserer Wirtschaftsökonomie.

Wenn man die Bestimmungen über die Wochenhilfe für versicherte Wöchnerinnen und versicherungsfreie Ehefrauen Versicherter mit Befriedigung begrüßt, gibt zu Bedenken Anlaß, daß auch alle versicherungsfreien Töchter, Stief- und Pflegetöchter ohne Begrenzung ihres Alters den gleichen Anspruch auf Wochenhilfe haben, wenn sie in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherten lebten. Unter den erwachsenen Stief- und Pflegetöchtern, die keinen geregelten Beruf ausüben — sonst wären sie ja selbst versichert —, kann sich doch manche Herumtreiberin befinden, der die in Aussicht stehende Geldunterstützung vorkommendenfalls mindestens eine Beruhigung gewährt. Sie steht sich ja besser als die versicherte Arbeiterin, da sie keinen Lohnausfall hat und doch unterstützt wird, während die Arbeiterin während der Zeit der Wochenhilfe keinen Lohn und auch kein Krankengeld bezieht. Der Bestimmung der häuslichen Gemeinschaft kann leicht durch Zuzug zu den Eltern kurz vor der Entbindung genügt werden, um nachher wieder gelöst zu werden; in solchen Schiebungen ist die Menschheit heute ja bewandert. Die Hälfte der Wochenhilfe, die als Pflichtleistung 233 *M* ausmacht, trägt das Reich, die andere Hälfte die Krankenkasse. Die Beiträge müssen infolge der neuen Leistungen bedeutend erhöht werden, bis zu 10 v. H. des Grundlohns. Ist eine solche Verwendung des Geldes, wie hier angedeutet, wohl im Sinne des Reichsbürgers und der Krankenkassenmitglieder?

Außerhalb des Kreises der Versicherten wird die Wochenfürsorge in gleicher Ausmessung auch der minderbemittelten Wöchnerin zuteil. Die Kosten trägt das Reich. Als minderbemittelt gilt jede verheiratete Wöchnerin, deren Ehemann ein steuerbares Einkommen von weniger als 2500 *M* hat. Diese Bestimmung erscheint nicht nur richtig, man möchte vielmehr noch eine weitere Ausdehnung des Begriffs minderbemittelt wünschen. 2500 *M* kann wohl nicht mehr als Existenzminimum für Verheiratete gelten. Es entspricht die Festsetzung dieser Summe auch nicht dem Standpunkt, den der Gesetzgeber an anderer Stelle eingenommen hat. So sah der § 165 der RVO. die Versicherungspflicht für manche Berufsgruppen vor, wenn der Jahresverdienst 2500 *M* nicht überstieg. Diese Grenze wurde durch Verordnung vom November 1918 auf 5000 *M* heraufgesetzt; das gäbe einen Vergleich ab.

Sehr zu beanstanden aber ist die weitere Bestimmung, daß auch jede unverheiratete, nicht versicherungspflichtige Wöchnerin, deren steuerbares Einkommen 2000 *M* unterschreitet, die gleiche Wochenfürsorge beanspruchen kann. Einmal erscheint, von der absoluten Höhe der Summen abgesehen, das Verhältnis des Einkommens von 2500 *M* für Verheiratete gegen 2000 *M* für die ledige Mutter ungerecht zu ungunsten der Verheirateten. Ferner aber ist bei der heutigen Ausdehnung der Versicherungspflicht anzunehmen, daß die dem Steuerfiskus gegenüber mittellosen und unversicherten Personen, welche die Geldhilfe in Anspruch nehmen werden, zum großen Teil sich aus den Kreisen der geheimen und öffentlichen Prostitution zusammensetzen. Wollen wir wirklich die Kinderaufzucht in solchen Kreisen durch Reichsmittel unterstützen? Wo bleiben da die Bestrebungen der Rassenhygiene und der Eugenik? Mit allen Mitteln versuchen wir, die Geschlechtskrankheiten zu bekämpfen, die Erbsyphilis auszurotten, und unterstützen andererseits die Prostitution, die nur ein hoffnungslos krankes Kind gebären kann. Es erscheint hier fast als ein Glück, daß die Geschlechtskrankheiten mit der Zeit Sterilität in diesen Kreisen bewirken.

Wir sind ein armes Volk geworden und müssen, man lese die Reden unserer Finanzminister, sparen, wo es nur geht. Gewiß soll zuletzt an den Maßnahmen zur Volkswohlfahrt gespart werden, aber eine sorgsame Prüfung nach der Richtung hin, ob das zu diesem Zweck ausgegebene Geld auch an Stellen kommt, wo es den größtmöglichen Nutzen schaffen wird, kann das die Steuern aufbringende Volk wohl verlangen. So wenig durchgeprüft darf ein Gesetz nicht erlassen werden.

Unerwünscht ist auch die Bestimmung des § 14 des neuen Gesetzes, wonach die Krankenkassen angewiesen werden, sich bei Unterstützung von unehelichen Wöchnerinnen zwecks Rückerstattung der Kosten an den Schwängerer zu halten. In der alten Fassung der Reichsversicherungsordnung war diese Bestimmung nicht enthalten, da ein Entschädigungsanspruch nur bei Verursachung einer Krankheit möglich war. Schwangerschaft gilt aber nicht als Krankheit. Schon vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung hat eine badische Krankenkasse vor dem Verwaltungsgerichtshof darauf hingewiesen, daß ein solcher Rückgriff auf den Schwängerer unzweckmäßig ist. In der Praxis kann der weitaus größte Teil der Ersatzforderungen nicht beigebracht werden, da

die Wöchnerin den Vater nicht nennen kann oder will, dieser selbst unbemittelt ist oder mehrere beteiligt sind. Es entstehen also der Krankenkasse nur unnötige Kosten. Gerade aber bei besseren Verhältnissen wird nicht der uneheliche Vater, sondern die Wöchnerin betroffen, da diese ihr erhaltenes Wochengeld dem durch die Ersatzpflicht in Schwierigkeiten geratenen Vater übergibt. Oft handelt es sich hierbei um ein voreheliches Kind, wofür öffentliche Mittel dann tatsächlich nicht aufgewandt werden, obwohl dessen Leben für das Gedeihen der Rasse viel wertvoller wäre als das des unehelichen, unerwünschten Sprossen.

Vom Deutschen Gewerkschaftsbund

erhalten wir folgende Zuschrift: Neben den Arbeitnehmergewerkschaften, die politisch der Sozialdemokratie folgen, bestehen andere streng gewerkschaftliche Organisationen mit kaum geringerer Bedeutung für die weitere Entwicklung unserer Verhältnisse. Geleitet von der Überzeugung, daß bei nachdrücklichster Inanspruchnahme aller gewerkschaftlicher Mittel nationales Bewußtsein und nationaler Lebenswille und dazu die Pflege der sittlichen Ideale des deutschen Volkes unerläßliche Pflicht jeder sozialen Bewegung ist, haben sich Gewerkschaften mit 1,7 Millionen Mitgliedern im Deutschen Gewerkschaftsbund eng zusammengeschlossen. Der Bund gliedert sich in drei Gruppen: den Gesamtverband deutscher Angestellten-Gewerkschaften, den Gesamtverband der christlichen Gewerkschaften und den Gesamtverband deutscher Beamten- und Staatsangestellten-Gewerkschaften. Die Arbeitergruppe bilden die im Gesamtverband der christlichen Gewerkschaften vereinigten Verbände. Der Angestelltengruppe gehören an: Deutschnationaler Handlungsgehilfen-Verband, Verband weiblicher Handels- und Bureauangestellten, Reichsverband deutscher Bureauangestellten (bisher Reichsverband der Angestellten), Deutscher Techniker-Verband, Reichsverband deutscher Gutsbeamten. Die Werkmeistergruppe des bisherigen Reichsverbandes der Angestellten wird nach erfolgter Verschmelzung mit dem Deutschen Meisterverband als neue Werkmeisterorganisation hinzutreten. Weitere Anschlüsse stehen bevor. Die Gruppe der Staatsangestellten umschließt die im früheren Reichskartell vereinigten Beamten- und Staatsarbeiter-Gewerkschaften. Den Vorsitz im Deutschen Gewerkschaftsbund führt der preußische Wohlfahrtsminister Stegerwald. Stellvertreter sind die Herren Otto Thiel vom Deutschnationalen Handlungsgehilfen-Verband und Gutsche vom Gesamtverband deutscher Beamten- und Staatsangestellten-Gewerkschaften. Mit der Geschäftsführung wurden die Herren Dr. Thissen (früher Direktor eines der großen Angestelltenverbände, zuletzt Regierungsrat in der Angestelltenversicherung) und Redakteur Breddemann von den christlichen Gewerkschaften betraut. Die Anschrift lautet bis zur Einrichtung des eigenen Gewerkschaftshauses, worüber augenblicklich Kaufverhandlungen schweben, Berlin SW 68, Kochstraße 9.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Geestemünde

ersucht uns um Aufnahme folgender Berichtigung: „Die im Heft 35 von 1919 S. 692 Sp. 2 enthaltene Mitteilung, daß die hiesige Ortskrankenkasse im Jahre 1918 einen Überschuß von 73 158 ℳ machen konnte, ist in zweifacher Beziehung unrichtig. Erstens gibt diese Summe die Höhe der Rücklage überhaupt an und nicht etwa die einer Ersparung; zweitens geht aus der Vermögensnachweisung auf Seite 20 des Jahresberichts hervor, daß die Kasse im Jahre 1918 eine Abnahme des Vermögens um 2268,14 ℳ zu verzeichnen hatte. Wir ersuchen deshalb um gefällige Berichtigung der Zahlen, da eine derartige Berichterstattung geeignet sein kann, besonders die Ärztekreise zu Forderungen zu veranlassen, die einer Berechtigung vollständig entbehren."

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Geltendmachung der Ersatzansprüche des Reichs wegen Wochenfürsorge nach § 21 Ges. v. 26. 9. 19.

1. Nach Hoyerswerda. Antwort: Auf die beiden ersten Fragen finden Sie die Antwort bereits im Heft 32 von 1919 S. 635 Ziff. 7. Was dort gesagt ist, gilt für den Ersatzanspruch der Kasse gegen den Vater des unehelichen Kindes sowohl in dem Falle, daß die Kassenleistungen der Wöchnerin auf Grund eigener Versicherung zustehen, als auch dann, wenn sie darauf als Angehörige eines Versicherten Anspruch hat. Dies ergibt sich aus der allgemeinen Norm im § 14 Ges. v. 26. 9. 19 und aus der für die Familienversicherung gegebenen besonderen Vorschrift in § 205c RVO. (§ 10 des Ges.). Für die Wochenfürsorge, die nach §§ 17 ff. des Ges. einer Wöchnerin zusteht, die nach den vorstehend bezeichneten Vorschriften keinen Anspruch auf Wochenhilfe hat, gilt eine dem § 1542 RVO. entsprechende Vorschrift zugunsten des Reichs nach § 21 Abs. 1 des Ges.; und zugleich ist dort in Abs. 2 und 3 vorgeschrieben, daß das Reich im gleichen Umfange wie gegen den Vater des unehelichen Kindes auch gegen unterhaltspflichtige Verwandte hat und daß diese dem Reiche neben dem Vater als Gesamtschuldner haften, so daß das Reich sich bis zu seiner vollen Befriedigung an den einen oder anderen Teil halten kann. In den inzwischen herausgegebenen amtlichen Erläuterungen zum Gesetze vom 26. 9. 19 ist hierzu bemerkt: „Die Rechte des Reichs werden von den Krankenkassen in gleicher Weise geltend zu machen sein wie ihre eigenen Rechte auf Grund des § 205c." Dies ist eine haltlose Erfindung des Verfassers der Erläuterungen. Im Gesetze ist nicht die Spur eines Anhalts dafür zu finden, daß die Kassen verpflichtet oder auch nur befugt wären, das

Reich in der Geltendmachung seines Anspruchs gegen den Vater oder Verwandten des Kindes zu vertreten; und wir halten es nicht einmal für angängig, daß etwa das Arbeitsministerium auf Grund des § 20 Abs. 3 den Kassen eine solche Pflicht oder Befugnis überträgt; denn dort sind dem Ministerium nur Bestimmungen über „Nachweisung, Verrechnung und Zahlung" der von der Kasse für das Reich verauslagten Beträge vorbehalten. Es ist den Kassen dringend zu raten, daß sie bis zu einer Änderung des Gesetzes sich um die Geltendmachung der dem Reiche — nicht ihnen! — zustehenden Ersatzansprüche überhaupt nicht kümmern. Im ordentlichen Rechtswege müßten sie mit Klagen dieser Art unbedingt kostenpflichtig abgewiesen werden.

Zum Begriff der häuslichen Gemeinschaft im Sinne des § 205a RVO.

2. **Nach Stendal.** Antwort: Auf die erste Frage finden Sie die Antwort schon im Heft 33 von 1919 S. 659 Ziff. 3. — Den Anspruch auf Familienwochenhilfe nach § 205a RVO. (§ 10 Ges. v. 26. 9. 1919) setzt häusliche Gemeinschaft der Wöchnerin bei Eintritt des Versicherungsfalles voraus. Sie ist gegeben, wenn die Wöchnerin in diesem Zeitpunkt ihr Heim — nicht nur einen vorübergehenden, vielleicht nur zum Zweck ihrer Niederkunft genommenen Aufenthalt — im Haushalt des Versicherten hat. Hat sie aber dort ihr Heim, so kann die häusliche Gemeinschaft anderseits auch nicht schon dadurch als aufgehoben angesehen werden, daß die Wöchnerin gerade beim Eintritt des Versicherungsfalles sich aus einem vorübergehenden Grunde nicht im Haushalt des Versicherten aufhält. So namentlich nicht im vorliegenden Fall, in welchem die Tochter nur wegen Raummangels ihr Heim beim Vater für mehrere Wochen verließ, um in einer Anstalt niederzukommen und dann in die Behausung des Vaters zurückzukehren. Wir halten in diesem Falle den Anspruch auf Familienwochenhilfe für begründet.

a) **Häusliche Gemeinschaft als Voraussetzung der Familienwochenhilfe.** b) **Verfolgung des Ersatzanspruchs gegen den Vater des unehelichen Kindes.** c) **Wochengeld, obwohl die Wöchnerin arbeitet.** d) **Steuer von Schenkungen an die Kasse.**

3. **B. 100.** Antwort: a) Die Wochenhilfe nach § 205a RVO. ist nur solchen Angehörigen des Versicherten zu gewähren, die mit ihm „in häuslicher Gemeinschaft leben". In welchem Zeitpunkt oder Zeitraum diese Gemeinschaft bestanden haben muß, kann im einzelnen Falle zweifelhaft sein. Sicher ist, daß sie bei Eintritt des Versicherungsfalles gegeben sein muß, also, soweit es sich um Schwangerschaftsbeschwerden handelt, bei Eintritt des Bedürfnisses, im übrigen bei der Niederkunft. Aber es kann nicht die Absicht des Gesetzes sein, eine Ausbeutung der Kassen und des Reichs (zu vgl. § 205d) dadurch zu ermöglichen, daß die schwangere Angehörige, die sonst außerhalb des Haushaltes des Versicherten lebt, sich kurz vor Eintritt der Beschwerden oder der Entbindung in diesen Haushalt begibt. Die Voraussetzung des Anspruchs aus § 205a kann nur dahin verstanden werden, daß die Versicherte ihren gewöhnlichen Aufenthalt und den natürlichen Mittelpunkt ihrer Lebensverhältnisse schon vor dem Eintritt von Schwangerschaftsbeschwerden im Haushalte des Versicherten gehabt haben muß. Wie lange vorher, das läßt sich nicht allgemein sagen; eine bestimmte Frist läßt sich nicht aufstellen. Vielmehr ist davon auszugehen, daß der Anspruch abzulehnen ist, wenn nach den besonderen Umständen des Einzelfalles anzunehmen ist, daß die sonst außerhalb des Haushalts des Versicherten lebende Schwangere sich ersichtlich nur im Hinblick auf ihre Schwangerschaft und auf die bevorstehende Entbindung in den Haushalt des Versicherten begeben hat.

b) Wir verweisen auf unsere Auskunft im Heft 31 von 1919 S. 619 c. Die Kassen sind nicht verpflichtet, den Anspruch gegen den Vater des unehelichen Kindes aus § 1542 RVO. unter allen Umständen zu verfolgen, können vielmehr davon aus Erwägungen der Billigkeit absehen, so namentlich auch dann, wenn der Vater des Kindes die Mutter inzwischen geheiratet hat oder wenn die Eheschließung nahe bevorsteht. Auch wegen Aussichtslosigkeit oder Zweifelhaftigkeit eines Erfolges der Geltendmachung des Anspruchs kann die Kasse davon absehen. Bei der Wochenfürsorge, bei der Anspruch auf Ersatz ja nur dem Reiche zusteht (§ 21 Ges. v. 26. 9. 19), steht auch die Geltendmachung nur dem Reiche zu. In diesem Falle hat also die Kasse nicht einmal die Befugnis, den Vater in Anspruch zu nehmen.

c) Der Anspruch auf Wochengeld hat nicht Arbeitsunfähigkeit zur Voraussetzung, besteht also auch dann, wenn die Wöchnerin ihre Arbeit wieder aufnimmt und vollen Lohn bezieht (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 4 zu § 195).

d) Für Schenkungen, die einer Kasse zum Bau eines Genesungsheims gemacht werden, ist gemäß §§ 40, 35 Ziff. 2 des Erbschaftssteuergesetzes vom 10. 9. 19 (RGBl. 1919 S. 1543 ff.) eine Steuer von 10 v. H. zu entrichten; denn eine Krankenkasse ist eine Anstalt, die ausschließlich gemeinnützige Zwecke verfolgt. Steuerpflichtig ist aber nur der 500 ℳ übersteigende Teil des Erwerbes (§ 27 ErbschStG.).

Ist der Arbeitgeber einer nach § 418 RVO. befreit gewesenen Wöchnerin erstattungspflichtig nach § 197 RVO.?

4. **Nach Coblenz.** Antwort: Wir haben die Frage im Heft 32 von 1919 S. 637 Ziff. 13 verneint und glauben, hieran festhalten zu müssen trotz Ihres Hinweises auf § 419 Abs. 2 RVO., wonach allerdings die §§ 195 bis 200 RVO. für die Befreiten entsprechend gelten sollen. Es ist nämlich zu beachten, daß § 418 einen Rechtsanspruch des Arbeitnehmers gegen den Arbeitgeber nur „bei Erkrankung" voraussetzt, so daß der Befreiten, wenn nicht etwa in ihrem Arbeitsvertrage ausdrücklich auch Wochenhilfe zugesichert ist, regelmäßig ein Anspruch auf die Leistungen nach §§ 195, 196 nicht zusteht. Zu vgl. über diese freilich nicht unbestrittene, aber namentlich von Hoffmann überzeugend begründete Auffassung: ArbVers. 1918 S. 680 Ziff. 6. Danach kann, trotz § 419 Abs. 2, auch die Anwendung des § 197 in Fällen des § 418 regelmäßig nicht in Frage kommen. Nachdem mit Ablauf des 31. 12. 19 sämtliche Befreiungen aus § 418 hinfällig geworden sind (§ 9 Vrdg. v. 3. 2. 19, ArbVers. S. 125), wird die Frage nur noch für eine beschränkte Übergangszeit praktische Bedeutung haben. Vielleicht empfiehlt es sich gleichwohl, sie noch zu einem grundsätzlichen Austrage nach §§ 1693, 1799 zu bringen.

Verpflichtung der Kasse zur Tragung besonderer Arztkosten für Geburtshilfe über die bare Beihilfe von 50 ℳ hinaus?

5. **Nach L.** Antwort: Die amtliche Erläuterung des Gesetzes über Wochenhilfe usw. vom 26. 9. 19 bemerkt zu §§ 4 bis 6: „Die Streichung der hier bezeichneten Vorschriften der RVO. war geboten, weil die in ihnen vorgesehenen Mehrleistungen

nunmehr Regelleistungen der Krankenkassen geworden sind." Das bezieht sich also auch auf den im § 4 des Gesetzes als wegfallend bezeichneten § 198 RVO., wonach die Satzung den versicherungspflichtigen Ehefrauen oder allen weiblichen Versicherungspflichtigen unter der Voraussetzung des § 195 Abs. 1 Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe, die bei der Niederkunft erforderlich werden, zubilligen konnte. Diese Vorschrift kommt jetzt weder bei der Wochenhilfe für Versicherte, noch bei der Familienwochenhilfe in Betracht, bei der nach § 205a nur die dort in Abs. 2 erwähnten Vorschriften, also nicht auch § 198, entsprechend gelten. In allen Fällen der Wochenhilfe ist jetzt kraft Gesetzes entweder der einmalige Beitrag zu den Kosten der Entbindung in Höhe von 50 ℳ (§ 195a Ziff. 1; § 205a) oder auf Grund eines Vorstandsbeschlusses — entsprechend dem weggefallenen § 198 — „freie ärztliche Behandlung durch Hebamme und Arzt sowie die erforderliche Arznei bei der Niederkunft" zu gewähren, und zwar „statt der baren Beihilfe" (§ 195c). Daraus geht hervor, daß der Barbetrag auch den Aufwand für die ärztliche Behandlung bei der Niederkunft deckt und abgilt, so daß die Kasse regelmäßig nicht verpflichtet ist, neben dem Barbetrage von 50 ℳ noch irgendwelche Kosten der ärztlichen Behandlung zu tragen. Das gilt für normale Entbindungen. Durch die Vorschriften in §§ 195a, 195c, 205a soll die Zuziehung auch eines Arztes selbst bei normalem Verlaufe der Entbindung möglichst gefördert werden in solchen Fällen, in denen sie — wie z. B. namentlich bei jeder ersten Entbindung — vernünftigerweise angezeigt erscheint (zu vgl. zum § 198 RVO.: Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3). Daß die Zuziehung eines Arztes erfolgt ist und für angemessen oder erforderlich erachtet wurde, beweist also noch nicht, daß es sich um einen nicht normalen Verlauf handelt, der als Krankheit anzusprechen wäre. Nur wenn letztere Voraussetzung besonders dargetan ist, würde die Kasse für die Arztkosten, soweit sie durch Leistungen über die gewöhnliche Geburtshilfe hinaus entstanden sind, auf Grund des § 182 RVO. oder des § 205 Ziff. 1 RVO. besonders aufkommen müssen.

Die §§ 197, 212 RVO. gelten nicht bei der Wochenfürsorge nach dem Ges. v. 26. 9. 1919.

6. **Nach Luckenwalde.** Antwort: a) Da zur Zeit der Entbindung weder der Ehemann noch (soviel wir aus Ihrer Anfrage ersehen) die Wöchnerin selbst gegen Krankheit versichert war, kommt nur Wochenfürsorge nach §§ 17 ff. Ges. v. 26. 9. 1919 in Frage. Sie ist durch die Allgemeine Ortskrankenkasse des gewöhnlichen Aufenthalts der Wöchnerin zu gewähren (§ 18). Daß der Ehemann am Tage nach der Entbindung seiner Frau in ein Arbeitsverhältnis trat, durch das er Pflichtmitglied einer anderen Kasse wurde, ändert hieran nichts. Diese andere Kasse wurde nicht nach § 10 (§ 205a RVO.) leistungspflichtig, weil der Anspruch auf Familienwochenhilfe voraussetzt, daß der Ehemann beim Eintritt des Versicherungsfalls (der Niederkunft) Mitglied der Kasse ist. Auch § 212 RVO. ist nicht anwendbar, weil von einem Übertritt zu einer anderen Kasse im Sinne dieser Vorschrift nicht die Rede sein kann, wenn der Ehemann beim Beginn des Leistungsbezugs überhaupt keiner Kasse angehörte.

b) Daß in dem unter a erwähnten Falle der Ehemann in dem Jahre vor der Entbindung seiner Frau anderen Kassen angehört hatte, begründet keine anteilige Ersatzpflicht dieser Kassen nach § 197 RVO. Bei der Wochenfürsorge nach § 17 ff. Ges. v. 26. 9. 19 erhält ja die leistungspflichtige Kasse volle Erstattung durch das Reich (§ 20). Hierbei gilt nur Abs. 1 Satz 2 des § 197 RVO. in der Fassung des § 3 des Ges. v. 26. 9. 19, d. h.: das Reich hat für Sachleistungen der Kasse die dort bestimmten Pauschbeträge zu ersetzen. Im übrigen gilt hier der § 197 RVO. nicht. Es hat also weder die leistungspflichtige Kasse noch das Reich einen Anspruch auf anteilige Erstattung gegen jene anderen Kassen. Das ergibt sich auch daraus, daß unter den nach § 22 Abs. 2 des Ges. bei der Wochenfürsorge entsprechend geltenden Vorschriften der RVO. der § 197 nicht mit angeführt ist.

Wochen- und Stillgeld bei Niederkunft vor dem 1. 10. 19 (§ 24 Ges. v. 26. 9. 19).

7. **Nach Neustadt a. Aisch.** Antwort: Wenn die Voraussetzungen der Gewährung von Wochenfürsorge nach §§ 17, 19 Ges. v. 26. 9. 19 an sich gegeben sind, so ist der vorliegende Fall wie folgt zu beurteilen: Die Wöchnerin ist vor dem 1. 10. 19, dem Tage des Inkrafttretens des Gesetzes, nämlich am 22. 7. 19 entbunden worden. Sie kann daher Wochen- und Stillgeld nach diesem Gesetze nur beanspruchen „abzüglich der zwischen dem Tage der Niederkunft und dem 1. Oktober 1919 liegenden Zeit" (§ 24 Abs. 2 Satz 2). Die 10 Wochen (71 Tage), für welche Wochengeldbezug in Frage kommen konnte, waren genau am 30. 9. 19 abgelaufen. Ein Anspruch besteht also insoweit nicht. Die 12 Wochen (85 Tage) für das Stillgeld aber reichen bis zum 14. Oktober. Davon bleiben die ersten 10 Wochen außer Betracht, so daß Stillgeld für die Zeit vom 1. bis 14. Oktober zu zahlen ist. Das Stillgeld zu versagen, weil ein Anspruch auf Wochengeld nicht besteht, läßt sich weder aus dem Wortlaut noch aus dem Zweck der gesetzlichen Vorschrift rechtfertigen. Der Zweck insbesondere ist für jede der beiden Leistungen ein verschiedener, so daß es nicht angeht, den einen Anspruch davon abhängig zu machen, ob der andere besteht oder nicht.

Anteilige Erstattung nach § 197 RVO., wenn die Leistungspflicht der Kasse sowohl aus § 195a als auch aus § 205a begründet war.

8. **Nach Borken.** Antwort: Der § 197 RVO. in der Fassung des § 3 Ges. v. 26. 9. 19, betreffend die anteilige Erstattung der Kassenleistungen gilt sowohl in dem Falle, daß die Wöchnerin auf Grund eigener Versicherung Anspruch auf die Wochenhilfe hatte, als auch dann, wenn ihr ein solcher Anspruch in ihrer Eigenschaft als Angehörige eines Versicherten zustand. Die für den letzteren Fall vorgeschriebene „entsprechende" Geltung des § 197 RVO. (§ 205a Abs. 2) bedeutet, daß dann diejenigen Kassen zur anteiligen Erstattung verpflichtet sind, bei denen der Ehemann oder Vater der Wöchnerin im letzten Jahre versichert gewesen ist. War die Wöchnerin und ihr Ehemann (oder Vater usw.) beim Eintritt des Versicherungsfalles bei derselben Kasse versichert und nach den Umständen die Voraussetzung der Wochenhilfe sowohl nach § 195a als auch nach § 205a RVO. gegeben, so ist der Regel nach davon auszugehen, daß die Wochenhilfe auf Grund der eigenen Versicherung der Wöchnerin in Anspruch genommen und gewährt worden ist; denn dieser Anspruch ist, wie eine Vergleichung des § 195a mit § 205a ergibt, grundsätzlich der bessere. Im vorliegenden Fall ist diese Annahme um so zweifelsfreier, als die Kasse selbst bemerkt: „Der Ehefrau sind, als bei uns versichert, 128,75 ℳ ausgezahlt wor-

den.“ Danach könnte die Kasse anteiligen Ersatz auch nur von denjenigen Kassen verlangen, bei denen etwa die Wöchnerin selbst im letzten Jahre versichert gewesen wäre. Wir halten daher die Weigerung der Kasse, welcher der Ehemann der Wöchnerin im letzten Jahre angehört hatte, für begründet.

Teilweise Ernährung mit der Flasche schließt Stillgeld nicht aus.

9. Nach B. in Baden. Frage: Haben nun auch diejenigen Wöchnerinnen Anspruch auf Stillgeld, die nur zu einem Teile stillen, im übrigen aber die Flasche reichen. Wir haben einen Fall, wo die Wöchnerin nur einmal während der Nacht dem Kinde die Brust reicht, im übrigen aber die Flasche gibt. Es sind heute doch ziemlich hohe Beträge, die für die Kassen in Frage kommen, so daß ich der Meinung bin, daß die Wöchnerin mindestens überwiegend selbst stillen müßte, um Anspruch auf Stillgeld zu haben.

Antwort: Das Stillgeld muß gewährt werden, sofern die Mutter stillt. In welchem Umfange sie dies tut, ist grundsätzlich nicht von Belang. Der Anspruch ist also nicht schon dadurch ausgeschlossen, daß das Kind noch andere Nahrung als die Muttermilch erhält und daß jene andere Nahrung überwiegt. Nur das wird anzuerkennen sein, daß das Stillen durch die Mutter, gegenüber der Flasche und den sonst etwa zur Erhaltung des Kindes erforderlichen Nährmitteln, nicht von verschwindender Bedeutung sein darf. Namentlich wird das Stillgeld zu versagen sein, wenn das, was die Mutter selbst leistet, sich nur als „Versuch“ der Stillung oder gar als bloßer Schein darstellt.

Anrechnung des Krankengeldes auf den Lohn landwirtschaftlicher Arbeiter bei bestehendem Tarifvertrage.

10. Nach Allstedt. Antwort: Auch für landwirtschaftliche Arbeiter gilt die Vorschrift des § 616 BGB. Danach verliert der Arbeiter seinen Lohnanspruch nicht dadurch, daß er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch unverschuldete Krankheit an der Dienstleistung verhindert wird; er muß sich aber den Betrag des Krankengeldes, das ihm für die Zeit der Verhinderung auf Grund der Pflichtversicherung zukommt, „anrechnen lassen“, das heißt: der Arbeitgeber darf es ihm von seinem Lohn abziehen. Nicht aber darf die Kasse ohne Einverständnis des Arbeiters ihm das Krankengeld vorenthalten und es an den Arbeitgeber zahlen. An dieser Rechtslage wird auch dadurch nichts geändert, daß die Lohnverhältnisse durch Tarifvertrag geregelt sind, soweit nicht etwa der Tarifvertrag auch über diesen Punkt besondere Bestimmungen enthält.

Anspruch auf Wochenhilfe im Falle der Niederkunft während des Bezugs von Krankenhilfe.

11. Nach Ratibor. Frage: Eine Frau, Mitglied einer Betriebskrankenkasse, ist am 9. Mai 1919 an Lungenspitzenkatarrh erkrankt und bis 7. November 1919 arbeitsunfähig gewesen. Am 29. 10. 19, also neun Tage vor ihrer Aussteuerung, ist sie niedergekommen. Die Betriebskrankenkasse hat der Frau vom Tage der Niederkunft ab Wochen- und Stillgeld gewährt. Sie ist aber der Ansicht, daß sie über den 9. 11. 19 hinaus zur Zahlung der Wochenhilfe nicht verpflichtet sei, sondern daß vom 10. 11. 19 ab die Wochenfürsorge eintreten müßte, diese demnach von der Allg. Ortskrankenkasse zu zahlen sei, und hat Entscheidung dieser Frage beantragt. Wie ist die Rechtslage?

Antwort: Da die Frau am Tage der Niederkunft arbeitsunfähig war und Anspruch auf Krankenhilfe hatte, war sie an diesem Tage noch Mitglied der Betriebskrankenkasse (§ 311 RVO.); und da die Niederkunft einen selbständigen Versicherungsfall darstellt, muß die Betriebskrankenkasse die gesetz- und satzungsmäßige Wochenhilfe für die volle Dauer von der Niederkunft an gewähren, nur mit der Maßgabe, daß neben dem Wochengelde nicht noch Krankengeld gewährt wird (§ 195 Abs. 3; zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 9 zu § 182 RVO.).

Besorgung der Verrechnungsgeschäfte auf Grund des Gesetzes über Wochenhilfe usw. durch den Kassenverband.

12. Nach Gütersloh. Frage: Auf Beschluß bzw. Anregung des Kassenverbands nach § 406 RVO. haben die Krankenkassen am hiesigen Orte (eine Allg. Ortskrankenkasse, sechs Betriebskrankenkassen und zwei Innungskrankenkassen) den Verband mit der alleinigen Regelung der Wochenhilfe beauftragt. Das Versicherungsamt ist einverstanden, und die Regelung geht sehr gut vonstatten. Wir würden an allen Orten, an denen Kassenverbände bestehen, sogar zu einer ähnlichen Regelung raten können. Es fragt sich nun, ob es sich im Rahmen der Ausführungsbestimmungen betreffend Verrechnung der Wochenhilfe ermöglichen läßt, daß die Verrechnung bzw. die Nachweisungen vom Kassenverbande und nicht von den einzelnen Krankenkassen eingereicht werden.

Antwort: Wir glauben, die Frage bejahen zu können, wenn die Verbandssatzung unter die Zwecke des Verbandes auch den aufgenommen hat, „für die ihm angeschlossenen Kassen gemeinsam Angestellte und Beamte anzustellen“ (§ 407 Ziff. 1 RVO.). Die vom Verband Angestellten besorgen dann die Regelung der Wochenhilfe, soweit es sich um die Nachweisung und Verrechnung der verauslagten Beträge für Familienhilfe und Wochenfürsorge nach dem Gesetz v. 26. 9. 19 handelt, als eine Angelegenheit der dem Verband angeschlossenen Kassen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 407). Wenn in den Nachweisungen (zu vgl. Bek. v. 30. 9. 19, ArbVers. S. 628) die Kassen, welche die einzelnen Fälle erledigt haben, als die Ersatzberechtigten zweifelsfrei bezeichnet sind, so wird vernünftigerweise kein Bedenken dagegen erhoben werden können, daß die Nachweisungen vom Verbande und nicht unmittelbar von den einzelnen Kassen eingereicht werden.

Krankengeld für einen erwerbslos Ausgeschiedenen im Falle des § 420 RVO.

13. Nach L. in Po. Frage: Für einen wegen Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausgeschiedenen Versicherten wird von einer Armenanstalt gemäß §§ 1531 ff. RVO. Ersatz aus den Leistungen der Kasse gefordert. Das Mitglied war bei der Kasse nach § 420 a. a. O. zu ermäßigten Beiträgen versichert. Ist die Kasse verpflichtet, neben ³/₈ des Grundlohns für Krankenpflege auch noch ¹/₈ des Grundlohns für Krankenhilfe zu zahlen, und hat der Arbeitgeber das Krankengeld der Kasse zu erstatten?

Antwort: Nach § 420 Abs. 2 RVO. hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn er über die Geltungsdauer des Arbeitsvertrags hinaus krank und arbeitsunfähig ist. Das muß auch im Falle des § 214 RVO. gelten. Aus dem Krankengeld kann der Armenverband für den Unterhalt in der Anstalt Ersatz gemäß § 1533 Ziff. 3 beanspruchen, also regel-

mäßig höchstens die Hälfte des Krankengeldes (§ 1506); auf die andere Hälfte hat der Unterstützte Anspruch. Der Arbeitgeber muß der Kasse das Krankengeld erstatten (§ 420 Abs. 2 Satz 2).

Kassenzugehörigkeit der Heizer einer Dampfdreschmaschine.

14. **Nach Corbach.** Frage: Gehören die Heizer und Einleger einer Dampfdreschmaschine, welche damit nur landwirtschaftliche Erzeugnisse (Früchte) dreschen, zur Land- oder zur Ortskrankenkasse?

Antwort: Wenn die Dampfdreschmaschine dem Landwirt gehört, in dessen Betrieb sie verwendet wird, so sind auch die Heizer und Einleger, von denen sie bedient wird, in diesem landwirtschaftlichen Betrieb beschäftigt und gehören zur Landkrankenkasse. Ist aber der Besitzer der Maschine ein Unternehmer, der mit ihr gewerbsmäßig für Landwirte drischt, so sind die Leute in seinem Betriebe beschäftigt, und dieser ist ein gewerblicher, kein landwirtschaftlicher, sie sind also Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 5 zu § 417 S. 700.)

Wiederholte Gewährung eines Zuschusses für Heilmittel (§ 193 Abs. 1 RVO.).

15. **Nach Dessau.** Fragen: Die Kasse darf nach unserer Satzung auch einen Zuschuß bis zur Höhe von 30 ℳ für größere Heilmittel gewähren. Darf dies nur bei der Anschaffung des größeren Heilmittels, z. B. eines künstlichen Gebisses, geschehen oder dürfen die 30 ℳ Zuschuß wiederholt gewährt werden, z. B. bei jeder notwendigen, mit Kosten über 30 ℳ betragenden Reparatur des größeren Heilmittels? Darf der Zuschuß in Höhe von 30 ℳ auch dann bei einer größeren Reparatur gewährt werden, wenn das größere Heilmittel vor Erlangung der Mitgliedschaft bei der unterfertigten Kasse vom Träger selbst beschafft worden oder ihm ein Zuschuß von einer anderen Kasse zuteil geworden ist?

Antwort: Regel ist, daß nur „kleinere" Heilmittel gewährt werden, d. h. solche, die den Preis einer Brille oder eines Bruchbandes nicht erheblich übersteigen (§ 182 Ziff. 1 RVO.). Grundsätzlich hat hiernach der Versicherte auf ein teureres Heilmittel überhaupt keinen Anspruch, also auch nicht auf einen Zuschuß zur Anschaffung, wenn nicht die Satzung gemäß § 193 Abs. 1 RVO. die Gewährung eines solchen Zuschusses gestattet. Aus diesem Zusammenhange des § 193 Abs. 1 mit § 182 Ziff. 1 ist zu entnehmen, daß es immer auf die Kosten des einzelnen Mittels, nicht etwa auf die Gesamtkosten für Heilmittel im einzelnen Versicherungsfall ankommt (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 5b zu § 182 RVO.). Demgemäß kann der Vorstand der Kasse (nach freiem Ermessen, vgl. Entsch. des RVA. 1952, ArbVers. 1915 S. 422) für jedes einzelne größere Heilmittel, das im Laufe des Versicherungsfalles während der Bezugsdauer (§ 183) notwendig wird, einen Zuschuß bis zur Grenze des in der Satzung bestimmten Höchstbetrages gewähren. Die Gewährung kann sich also während der Bezugsdauer wiederholen, aber immer nur, falls es sich um ein neues, anderes Heilmittel handelt, also nicht auch, wenn nur die Wiederherstellung des schadhaft gewordenen Mittels, für welches bereits ein Zuschuß bis zur Höchstgrenze gewährt ist, in Frage steht. Dagegen steht der Gewährung des Zuschusses bis zur festgesetzten Höchstgrenze nichts entgegen, wenn es sich um die Wiederherstellung eines Heilmittels handelt, das der Versicherte sich selbst beschafft oder früher auf Kosten einer anderen Kasse erhalten hat. Denn in einem solchen Falle kann der Versicherte gegenüber der leistungspflichtigen Kasse nicht schlechter stehen, als wenn er das Heilmittel nicht schon besäße. Die Notwendigkeit der Wiederherstellung steht in solchem Falle der Notwendigkeit der Anschaffung des Heilmittels gleich.

Form der Quittung über Beiträge.

16. **Nach Namslau.** Antwort: Die Reichsversicherungsordnung enthält keine Vorschrift darüber, ob und in welcher Form die Kasse über gezahlte Beiträge zu quittieren hat. Deshalb kann die Entscheidung der Frage nur dem bürgerlichen Recht entnommen werden. Nach § 368 BGB. hat der Gläubiger, hier also die Kasse, gegen Empfang der Leistung (der Zahlung) ein schriftliches Empfangsbekenntnis (Quittung) zu erteilen, und eine „schriftliche" Quittung ist nach § 126 BGB. eine solche, die von dem Aussteller (also von dem zuständigen Kassenorgan) durch Namensunterschrift vollzogen ist. Stempelung genügt hiernach nicht (zu vgl. die Ausnahmevorschrift in § 793 BGB.). Es ist aber zu beachten, daß die Erteilung einer „schriftlichen" Quittung nur auf Verlangen geboten ist. Die Kasse kann es daher im allgemeinen bei dem Herkommen der Bereithaltung und Aushändigung unterstempelter Quittungen belassen, muß aber dem Verlangen eines Arbeitgebers nach handschriftlich vollzogenen Quittungen entsprechen.

Rückgabe des von einem Versicherungsberechtigten eingereichten ärztlichen Zeugnisses.

17. **Nach D.-Land.** Frage: Eine zeitlich pensionierte Irrenpflegerin will sich nach § 176 RVO. bei unserer Kasse versichern, da sie die Frist zur Fortversicherung bei der früheren Kasse versäumt hat. Die Anmeldung wurde mit ärztlichem Zeugnis richtig eingereicht, die Aufnahme abgelehnt, da der Gesundheitszustand nicht genügt. Nun wird das ärztliche Zeugnis zurückverlangt, unter Berufung darauf, daß sie seine Kosten bestritten hat und es daher ihr Eigentum sei. Sind wir zur Rückgabe verpflichtet?

Antwort: Eine gesetzliche Vorschrift, die über diese Frage Auskunft gäbe, besteht nicht. Verkehrsüblich ist aber, daß, wenn eine Bewerbung zurückgewiesen wird, auch die mit ihr überreichten Zeugnisse zurückgegeben werden. Übrigens besagt § 176 RVO., daß das Recht zum Beitritt von der „Vorlegung" eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig gemacht werden kann. Aus der Wahl des Ausdrucks „Vorlegung" ist zu schließen, daß es genügt, wenn der Versicherungsberechtigte der Kasse die Einsichtnahme in das Zeugnis ermöglicht. Es wird also nicht gesagt, daß dieses der Kasse zu dauerndem Besitz und Eigentum überlassen werden müßte. Auch § 310 RVO. enthält eine solche Vorschrift nicht. Hieraus ist zu entnehmen, daß die Kasse das Zeugnis zurückgeben muß, selbst dann, wenn der Versicherungsberechtigte als Mitglied aufgenommen wird. Legt sie Wert darauf, daß ihr jederzeit der Wortlaut zur Verfügung steht, so muß sie eine Abschrift zu den Akten nehmen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Kroschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. R. Weymann; Geh Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1270 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 1. Februar 1920 | Heft 4

Abbau der Erwerbslosenfürsorge.*)

Von Senatssekretär Dr. Völckers in Bremen.

Das deutsche Volk kann und darf Milliardenbeträge, wie sie bisher für die Unterstützung Erwerbsloser gezahlt worden sind, künftig nicht mehr unproduktiv anlegen. Abgesehen von der Unmöglichkeit, bei der Finanzlage des Reiches und der Länder die erforderlichen Summen aus Staats- und Reichsmitteln aufzubringen, wird der Wiederaufbau unserer Wirtschaft durch eine Einrichtung beeinträchtigt, die, wie die jetzige Erwerbslosenfürsorge, schwere sittliche und soziale Gefahren mit sich bringt. Statt der bisherigen Leistung ohne Gegenleistung muß eine Fürsorge für diejenigen, die ohne eigenes Verschulden erwerbslos geworden sind, in Form einer Versicherung angestrebt werden. Hierüber sind sich die maßgebenden Stellen wohl einig. Wenn trotzdem bisher noch keine Schritte unternommen sind, um die Erwerbslosenfürsorge in eine Erwerbslosenversicherung umzugestalten, so liegt das in den Schwierigkeiten begründet, die sich dem Abbau der jetzigen Einrichtung in den Weg stellen. Es ist unmöglich, von heute auf morgen die Erwerbslosenfürsorge abzubauen und die Erwerbslosenversicherung in Wirksamkeit treten zu lassen. In vielen Fällen wird die Vorbedingung für die Zahlung von Unterstützung seitens der Versicherungsanstalt, die Leistung von Beiträgen des Arbeitnehmers und des Arbeitgebers vor Eintritt der Erwerbslosigkeit, nicht erfüllt sein. Ferner wird es erforderlich sein, zwischen den zur Zeit von der Erwerbslosenfürsorge zu zahlenden Beträgen und den Unterstützungen der Versicherungsanstalten hinsichtlich der Höhe einen Ausgleich zu schaffen.

Diese und manche andere Schwierigkeiten mögen das Reichsarbeitsministerium bisher veranlaßt haben, mit der Einführung der Erwerbslosenversicherung zurückzuhalten. Dennoch erscheint es uns dringend erforderlich, den Abbau der Erwerbslosenfürsorge zu beschleunigen, ohne daß verkannt werden soll, daß zur Zeit infolge der Kohlennot auf dem Arbeitsmarkt besonders schwierige Verhältnisse vorliegen.

Ein Weg, der geeignet ist, den Abbau der Erwerbslosenfürsorge wesentlich zu fördern, ist erfreulicherweise bereits vom Reichsarbeitsministerium beschritten worden: Der Ausbau der produktiven Erwerbslosenfürsorge. Maßnahmen, die zur Beschaffung von Arbeitsgelegenheit für Erwerbslose geeignet sind, können aus Mitteln der Erwerbslosenfürsorge durch Vorschüsse, Zuschüsse oder auf andere Weise unterstützt werden. Dem Staat, den Gemeinden, sonstigen öffentlichen Körperschaften und gemeinnützigen Organisationen ist somit die Möglichkeit gegeben, mit Unterstützung aus Mitteln der Erwerbslosenfürsorge Arbeiten in Angriff zu nehmen, die dem Neubau des Wirtschaftslebens dienen, sofern sie eine Verminderung der Arbeitslosigkeit herbeiführen.

Ein weites Gebiet zur Betätigung er-

*) Zu vgl. auch unter „Mitteilungen" S. 70.

öffnet sich damit den öffentlichen und privaten Körperschaften. Gelingt es, mit Unterstützung aus Mitteln der Erwerbslosenfürsorge Arbeitsgelegenheiten zu schaffen und auszubauen, so würde damit zunächst auf sozialem Gebiet erreicht werden, daß die Erwerbslosenunterstützung ihres unmoralischen Charakters (Leistung ohne Gegenleistung) entkleidet würde. Der Erwerbslose würde nicht mehr Barunterstützung erhalten, sondern Arbeitslohn, der teilweise aus Mitteln der Erwerbslosenfürsorge gedeckt wird. Auch wenn die Zuschüsse zu den in Angriff genommenen Arbeiten zunächst vielleicht erheblich sein sollten, so werden sie sich bezahlt machen, weil sie für produktive Arbeit ausgegeben werden.

Um die Möglichkeiten, die die produktive Erwerbslosenfürsorge gibt, in vollem Maße auszunützen, dürfte es sich empfehlen, für größere Wirtschaftsgebiete Arbeitsbeschaffungsstellen einzurichten, die das Gebiet der Arbeitsbeschaffung nach großen Gesichtspunkten und kaufmännisch bearbeiten. Die bisher der Fürsorge für Erwerbslose gewidmeten Einrichtungen, Erwerbslosenfürsorgestellen und Arbeitsnachweise, eignen sich infolge ihrer, auf andere Aufgaben eingestellten Organisationen hierfür nicht. Nur dann wird großzügig gearbeitet werden können, wenn die Pläne nicht an den Grenzen der einzelnen Gemeindeverbände Halt zu machen brauchen. Wie schon erwähnt, soll die produktive Erwerbslosenfürsorge nicht auf einzelne Berufe beschränkt, sondern in weitgehendem Maße durchgeführt werden, so daß alle Berufe von ihr Nutzen ziehen. Vor allem wird man Arbeiten in Angriff nehmen müssen, die von fremden Rohstoffen unabhängig sind und die Förderung einheimischer Rohstoffe und Kohle vermehren. Bodenverbesserungen, Wege- und Kanalbauten, Forstarbeiten usw., werden in erster Linie in Frage kommen. Sodann wird versucht werden müssen, seit dem Kriege stillliegende Betriebe wieder in Gang zu bringen.

Es ist dringend wünschenswert, daß die Arbeiten zur Durchführung der produktiven Erwerbslosenfürsorge so rasch wie möglich von den Landesregierungen aufgenommen werden, um hierdurch ein Übergangsstadium für die Erwerbslosenversicherung zu schaffen. Hat ein Gemeindeverband erst die Möglichkeit, statt der direkten Erwerbslosenunterstützung die produktive Erwerbslosenfürsorge zu gewähren, so ist damit der Einführung der Erwerbslosenversicherung ganz wesentlich vorgearbeitet.

Wie schon oben ausgeführt ist, wird keinesfalls eine plötzliche Umstellung der Erwerbslosenfürsorge auf Erwerbslosenversicherung möglich sein. Es erscheint daher wünschenswert, während einer Übergangszeit beide Einrichtungen nebeneinander bestehen zu lassen. Es ist sehr wohl denkbar, daß nach Einführung der Erwerbslosenversicherung der Zugang zur Erwerbslosenfürsorge von einem bestimmten Termin an gesperrt wird, so daß die Erwerbslosenfürsorge auf diejenigen Personen beschränkt wird, die bis zu diesem Termin arbeitslos geworden sind, während alle nach diesem Termin erwerbslos werdenden Personen der Erwerbslosenversicherung zugeführt werden. Ein rascher Abbau der Erwerbslosenfürsorge würde dadurch gesichert sein.

Es ist nicht zu verkennen, daß bei diesem Verfahren während der Übergangszeit in vielen die Erwerbslosenversicherung belastenden Fällen die Unterstützungsbeträge, die gezahlt werden müssen, noch nicht in voller Höhe durch die Gegenleistung des zu unterstützenden Arbeitnehmers und seines bisherigen Arbeitgebers aufgebracht worden sind. Dies wird sich, namentlich in der ersten Zeit, nicht vermeiden lassen, wird aber mehr und mehr zur Ausnahme werden. Es erscheint keineswegs unmöglich, durch Übergangsvorschriften diese Fälle zu regeln. In jedem Falle wird aber die Unterstützungssumme, die dem Arbeitslosen von der Versicherungsanstalt zu zahlen ist, nicht nur aus staatlichen Mitteln aufgebracht, sondern auch teilweise vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Eine Entlastung des Staates findet daher, wenn auch nur in geringem Umfange, auch in denjenigen Fällen statt, in denen ein Arbeits-

loser, ohne die vorgeschriebenen Beiträge in vollem Umfange geleistet zu haben, der Unterstützungsbeträge der Versicherungsanstalt teilhaftig wird. Ohne Frage ein nicht zu unterschätzender Vorteil gegenüber dem jetzigen Zustand.

Bei dieser Sachlage ist ein Zögern mit der Einführung der Erwerbslosenversicherung nicht am Platze. Früher oder später wird die Übergangszeit Schwierigkeiten mit sich bringen, die überwunden werden müssen. Deshalb sollte sofort mit der Arbeit begonnen werden!

Die Anwartschaften in der Invalidenversicherung und die Reichsverordnung vom 9. 2. 1919.*)

IV.

Von Gerichtsassessor Fix in Münster i. W.

Die Auslegungszweifel über die Verordnung über Anwartschaften in der Invalidenversicherung dürften nach den letzten Veröffentlichungen (hauptsächlich Klehmet in der Monatsschr. für Arb.- und Angest.-Vers. 1919 Heft 4 Sp. 251 ff., Heft 8 Sp. 505ff., Appelius ebendort Sp. 501ff.) im allgemeinen behoben sein. Vor allem besteht wohl kein Zweifel mehr, daß Ersatztatsachen den ordnungsmäßig verwendeten Beitragsmarken nicht gleichzuachten sind. Wenn Appelius letzteren etwaige Kriegsdienstzeiten gleichstellen will, so ist das nur ein Hinweis für den Gesetzgeber. In einem Punkte aber sind neue Zweifel aufgetaucht. Bislang war die Auffassung allgemein vertreten worden, als sei bei Berechnung der Gesamtzeit als Eintritt in die Versicherung lediglich der erste Eintritt anzusehen, nicht auch ein späterer Wiedereintritt, der etwa nach einem früheren Ausscheiden aus der Versicherung erfolgt ist. (So Seelmann im Zentralbl. der Reichsvers. 1919 Heft 9 Sp. 250, 251; Stier-Somlo ebendort, Heft 6 Sp. 164; Versicherungsbote 1919 Heft 5 S. 36; Fix in ArbVers. 1919 Heft 18 S. 343.) Als Gründe werden angeführt, daß die Verordnung offenbar die regelmäßigen Beitragszahler schützen will (Seelmann), und daß sie als Ausnahmebestimmung strenge Auslegung erfordert (Versicherungsbote). Nun spricht Klehmet, der zwar (Sp. 507 a. a. O.) die unmittelbare Urheberschaft an der Verordnung ablehnt, aber durch Hinweis auf deren interessante versicherungstechnische Grundlagen (Sp. 252 a. a. O.) vermuten läßt, daß er immerhin ihrer Abfassung nicht ferngestanden hat, einer erweiterten Auslegung das Wort. Er hält es für angängig (Sp. 253), aus der Gesamtzeit Zeiten vorübergehender früherer Invalidität und Versicherungsunfähigkeit auszuscheiden, falls der Bewerber später wieder in die Versicherung eingetreten ist. Konnte man diese Äußerung so auffassen, als wolle er Zeiten früherer Invalidität einfach von der Gesamtzeit abgezogen wissen, so erklärt er später (Sp. 507, 508) seinen Standpunkt genauer dahin, daß beim notgedrungenen Ausscheiden durch frühere Invalidität die Zeit zwischen dem ersten Eintritt in die Versicherung und dem ersten Versicherungsfall auf ihre Deckung nach der Verordnung zu prüfen sei, dann die Zeit zwischen dem zweiten Eintritt und dem zweiten Versicherungsfall u. s. f. Das würde gegenüber dem bloßen Abziehen früherer Invaliditätszeiten von der Gesamtzeit für den Versicherten den Nachteil haben, daß nicht etwa frühere wohlgedeckte Zeiträume die Mängel späterer ausgleichen könnten. Klehmet erweitert dann seine Auffassung dahin, daß auch einem gewillkürten Ausscheiden aus der Versicherung (durch Er-

*) Zu vgl. ArbVers. 1919 Heft 12, Kobler 221ff., Quatmann S. 223ff; Heft 18, Fix S. 342ff.

löschenlassen der Anwartschaft) insofern Rechnung getragen werden dürfe, als man auch hier den Wiedereintritt in die Versicherung als Eintritt im Sinne der Verordnung ansehen könne, nur müßten hier bei Berechnung der Versicherungsleistungen die früher liegenden Beiträge ausscheiden. Klehmet folgert die Berechtigung dieser milderen Auslegung daraus, daß sie mit dem Wortlaut der Verordnung vereinbar sei (Sp. 507, 508). Letzterem ist zuzustimmen. Es widerspricht nicht direkt dem Wortlaute der Verordnung, wenn man unter Eintritt in die Versicherung auch jeden Wiedereintritt und unter dem Versicherungsfall nicht nur den letzten, sondern auch jeden etwa früher schon einmal eingetretenen versteht. Daß diese erweiterte Auslegung aber auch von vornherein beabsichtigt gewesen sei, nimmt Klehmet vielleicht selbst nicht an. Wenn von dem Versicherungsfall die Rede ist, so ist doch ursprünglich offenbar der letzte, die Prüfung der Anwendbarkeit der Verordnung veranlassende Versicherungsfall gemeint, entsprechend ist unter Eintritt in die Versicherung der erste Eintritt zu verstehen. Diese Auffassung wird zur Gewißheit, wenn man auf die Grundlagen der Verordnung zurückgeht. Diese finden sich nach Klehmet (Sp. 252, 253) in der Denkschrift über die Vermögenslage der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung am 1. Januar 1914 (Reichstagsdrucksache 144 der 12. Legislaturperiode, II. Session 1914/1915). Dort ist auf S. 66 ausgeführt, daß nach den Feststellungen der Landesversicherungsanstalt Berlin ein männlicher Rentenempfänger durchschnittlich 41, ein weiblicher 37 Beiträge in jedem Jahre seiner Versicherungszeit beigebracht hat. Das Mittel zwischen diesen Zahlen beträgt 39, gleich 3/4 von 52 Wochen*). Die Feststellungen Berlins, wo Versicherte des ganzen Reichs zusammenströmen, sind auch als auf das ganze Reich zutreffend angenommen. Die Verordnung will nur demjenigen, der diese Durchschnittsleistung eines Rentenempfängers aufweist, nicht die Rente deshalb versagen, weil vielleicht die Anwartschaft nach §§ 1280 ff. RVO. erloschen und nicht wieder aufgelebt ist. So werden in durchaus befriedigender Weise etwaige Härten dieser Formvorschriften vermieden. Wir sind hier in der glücklichen Lage, die Absicht des Gesetzgebers (der Reichsregierung, gerechtfertigt durch das Übergangsgesetz vom 4. März 1919) genau zu kennen. Wer das ermittelte Durchschnittsmaß an Beiträgen aufgebracht hat, soll auf keinen Fall seiner Ansprüche verlustig gehen. Dieses Durchschnittsmaß ist aber, wie eine diesseits eingeholte Auskunft der Landesversicherungsanstalt Berlin ergibt, so ermittelt, daß als Gesamtdauer der Versicherung die volle Zeit zwischen dem ersten Eintritt in die Versicherung und dem letzten Versicherungsfall angenommen worden ist. Notwendige oder willkürliche Unterbrechungen der Versicherungszeit durch Zeiten früherer Invalidität oder erloschener Anwartschaft sind also nicht ausgeschaltet, wenn auch angenommen werden kann, daß durch eine solche Ausschaltung keine sehr erhebliche Änderung in den Ergebnissen hervorgerufen worden sein würde. Daß die Reichsregierung eine von dieser Grundlage abweichend weitergehende, wenn auch mit dem Wortlaut zur Not zu vereinbarende Auslegung der Verordnung nicht hat zulassen wollen, darf aber bestimmt angenommen werden. Denn die Verordnung ist, wie Klehmet selbst zugibt (Spalte 506), eine Ausnahmebestimmung, und eine solche

*) Es handelt sich hier wohlverstanden um Rentenempfänger, die also zur Zeit des Versicherungsfalles die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten, somit schon nach bisherigem Recht Ansprüche auf Versicherungsleistungen erworben hatten, nicht schlechthin um Versicherte, wie Klehmet (Sp. 252 und 506) sagt. Die Denkschrift selbst wechselt im Ausdruck, ohne jedoch Zweifel darüber zu lassen, daß es sich bei den statistischen Grundlagen um die Zahlen für Rentenempfänger handelt.

darf keinesfalls über die ursprünglich beabsichtigten Grenzen hinaus ausgedehnt werden.

Zum Schluß sei bemerkt, daß die erwähnte Denkschrift (S. 66) einen neuen Beweis für die inzwischen wohl allgemein anerkannte Tatsache liefert, daß bei Anwendung der Verordnung Ersatztatsachen den ordnungsmäßig verwendeten Beitragsmarken nicht gleichstehen. Denn es wird dort angeführt, daß die durchschnittlichen 41 bzw. 37 Wochenbeiträge in Beitragsmarken bestehen und neben ihnen jährlich auf den männlichen Versicherten 2,5, auf den weiblichen 2 durch Ersatztatsachen belegte Wochen fallen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes nach den jeweiligen festen Bezügen.

Urteil des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** vom 11. Juni 1919 (P. 63/19).

... Nach Auskunft der Arbeitgeberin hat der Angestellte schon von 1916 ab ein Entgelt von über 5000 *M* jährlich bezogen und war infolgedessen seitdem nach § 1 Abs. 3 AngestVers. nicht mehr versicherungspflichtig. Trotzdem sind die späterhin geleisteten freiwilligen Beiträge als Pflichtbeiträge anzusehen, solange sein Jahresarbeitsverdienst 7000 *M* nicht überstieg (§§ 2, 3 Bekanntm. über Ausdehnung der Versicherungspflicht in der AngestVers. vom 28. August 1918, RGBl. S. 1085). Dies trifft aber für die Zeit seit dem 1. August 1917 nicht mehr zu, da er nach Auskunft seiner Arbeitgeberin seitdem ein monatliches Einkommen von 600 *M* bezogen hat, was einem Jahreseinkommen von 7200 *M* entspricht. Der Jahresarbeitsverdienst kann nicht für das Kalenderjahr 1917 nach den in demselben tatsächlich gewährten Bezügen berechnet werden, wie es die Klägerin tut, sondern die Erhöhung des Einkommens auf monatlich 600 *M* vom 1. August 1917 ab hat die Folge, daß von diesem Zeitpunkt ab bis zur Herabsetzung dieses Einkommens der Jahresarbeitsverdienst 7200 *M* beträgt. Denn es handelt sich, wie nach der Sachlage anzunehmen ist, um feste Bezüge, die in der vereinbarten Höhe von 600 *M* monatlich bis zur anderweiten vertraglichen Regelung von der Arbeitgeberin weiter zu zahlen waren, und in einem solchen Falle bestimmt sich der Jahresarbeitsverdienst nach den jeweiligen tatsächlichen Bezügen. Änderungen sind erst zu beachten, wenn sie tatsächlich eingetreten sind (zu vgl. Entsch. des Reichsversicherungsamts 2047 vom 21. Mai 1915, Amtl. Nachr. 1915 S. 582, und die grunds. Entsch. des Oberschiedsgerichts 176 vom 22. September 1916, „AngestVers." 1917 S. 23).

Zur Pflicht erkrankter Versicherter, sich Operationen zu unterziehen.

Ref. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 4. Juni 1919 (Ia 773/16. 10 B.).

Bereits unter der Herrschaft der früheren Unfallversicherungsgesetze hat das Reichsversicherungsamt daran festgehalten, daß die Unfallverletzten sich während der Dauer des Heilverfahrens solchen Maßnahmen zu unterziehen hätten, die eine ordnungsmäßige Wundbehandlung erst ermöglichen, wie Freilegung der verletzten Stelle, Entfernung abgestorbener Knochen, Einschnitte in Geschwüre und dergleichen, dagegen zur Duldung eigentlicher Operationen weder während der Heilbehandlung noch nach deren Abschluß verpflichtet seien. Als solche werden insbesondere bezeichnet Operationen, die in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen oder die, wie jede eine allgemeine Betäubung (Chloroformnarkose usw.) erfordernde Operation, nicht ohne Lebensgefahr vorgenommen werden können (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. I S. 313, Anm. 4 zu § 23 des GewUnfVersGes.). Auch ungefährliche Eingriffe, wie das Ausschneiden einer Narbe, das Tätowieren eines Hornhautflecks im Auge, sind hiernach, weil sie einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit darstellen, als Operationen angesehen worden, denen sich die Verletzten nicht zu unterziehen brauchten (Ref. Entsch. vom 28. März 1904, Pr. L. 1230). Diese Rechtsprechung hat das Reichsversicherungsamt auch unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung aufrechterhalten (zu vgl. Ref. Entsch. vom 23. Juni 1914 Ia 9499/13. 17, vom 12. Februar 1916 Ia 538/14. 2, vom 15. Juni 1916 Ia 88/16. 13 B, und vom 25. Oktober 1916 Ia 2928/15. 11 A). Im vorliegenden Falle sind nach dem Gutachten des Geheimen Medizinalrats Dr. K. in Bonn vom 22. September 1916 vier Operationen erforderlich, um die Sehfähigkeit des verletzten Auges zu bessern. Zunächst muß die Vorwölbung der Narbe in der Lederhaut des Auges beseitigt, dann eine Regenbogenhautausschneidung zur Beseitigung der Verwachsung der

Regenbogenhaut mit der Hornhautnarbe vorgenommen werden und endlich durch zwei weitere Operationen der geschrumpfte Wundstar entfernt werden. Wenn diese Operationen auch nach der Ansicht der ärztlichen Sachverständigen ohne allgemeine Narkose, ohne nennenswerte Schmerzen und ohne wesentliche Gefahr für Leben und Gesundheit des Klägers ausgeführt werden können, so handelt es sich dabei doch um Eingriffe in den Bestand und die Unversehrtheit des Körpers, die der Kläger nach der Rechtsprechung nicht zu dulden verpflichtet ist.

Der Senat hat im vorliegenden Falle auch keine Veranlassung gesehen, von der bisherigen Rechtsprechung abzuweichen. Die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft und Praxis, insbesondere auf chirurgischem Gebiet, lassen es allerdings zweifelhaft erscheinen, ob es sich noch rechtfertigen läßt, in jedem Falle die Vornahme derartiger zwar in den Bestand und die Unversehrtheit des Körpers eingreifender, aber ungefährlicher und schmerzloser Operationen von der Einwilligung des Verletzten abhängig zu machen. In dieser Hinsicht hat bereits das Reichsgericht in der Rechtsprechung auf Grund des § 254 BGB. bei bürgerlich-rechtlichen Schadenersatzansprüchen in einer Entscheidung vom 27. Juni 1913 (zu vgl. Entsch. in Zivils. Bd. 83 S. 15) ausgesprochen, daß das freie Selbstbestimmungsrecht des Verletzten über seinen Körper seine Grenze finden müsse, wo sich seine Ausübung lediglich als Eigensinn oder als rücksichtslose selbstsüchtige Ausnutzung der Haftung des Schadenersatzpflichtigen darstelle und nicht dazu gebraucht werden dürfe, um dem Verletzten, dessen Erwerbsfähigkeit durch eine gefahrlose und ohne nennenswerte Schmerzen ausgeführte Operation wiederhergestellt werden würde, die Mittel zur Führung eines arbeitslosen Lebens zu sichern; das gebiete die Rücksicht auf Treu und Glauben. Aber auch wenn man sich diese Gesichtspunkte für das Gebiet der Arbeiterversicherung zu eigen machen wolle, würde man doch im vorliegenden Falle den Kläger nicht für verpflichtet halten können, sich der Operation zu unterziehen. Denn es ist zu berücksichtigen, daß er sich nach Abschluß des Heilverfahrens bereits einer Operation zur Beseitigung der Vorwölbung der Verletzungsnarbe an dem verletzten Auge unterzogen hat, daß er sich jetzt vier weiteren Operationen unterziehen soll, um eine verhältnismäßig geringe Besserung zu erzielen, nämlich ein linsenloses Auge, daß er ohne Starbrille nicht gebrauchen kann. Die von den Operationen zu erwartende Hebung der Erwerbsfähigkeit wird von den ärztlichen Sachverständigen auch nur auf 10 v. H. geschätzt. Unter diesen Umständen ist die Annahme nicht gerechtfertigt, daß der Kläger lediglich aus Eigensinn und Selbstsucht, wider Treu und Glauben die Operation verweigert, er konnte vielmehr begründete Bedenken gegen die Operation geltend machen. Nach alledem kann nicht anerkannt werden, daß der Kläger die Operationen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund verweigert hat. Die Voraussetzungen des § 606 RVO. sind also nicht erfüllt.

B. Zur Krankenversicherung.

Befreiung staatlicher Angestellter von der Krankenversicherungspflicht.

Verfügung des **preuß. Finanzministers** (zugleich im Namen des Ministers des Innern) vom 7. Oktober 1919 (F. M. I. 17 541, II. 22 704, III. 13 366).

Die preußische Staatsregierung hat beschlossen, daß auf Grund des § 169 RVO. in der Fassung der Verordnung vom 3. Februar 1919 (RGBl. S. 191)

1. alle in Betrieben oder im unmittelbaren Dienste des Staates gegen Entgelt beschäftigte Beamte, deren Diensteinkommen 5000 ℳ jährlich nicht übersteigt, von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht dadurch befreit werden können, daß ihnen im Krankheitsfalle ein Anspruch auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im 1½fachen Betrage des Krankengeldes auf die Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen (§§ 179, 182, 183, 214 RVO.) gewährleistet wird;
2. die in Betrieben oder im Dienste des Staates gegen Entgelt beschäftigten nichtbeamteten Personen, die auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind, durch Gewährleistung von Krankenhilfe oder von Bezügen im 1½ fachen Betrage des Krankengeldes nach Maßgabe der erwähnten Vorschrift von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht befreit werden können.

Auf Grund dieses Beschlusses wird hiermit für den Bereich der allgemeinen Verwaltung und der Verwaltung der direkten Steuern bestimmt, daß für alle in dieser Verwaltung beschäftigten Beamte (planmäßig und diätarisch beschäftigte) und auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellte nichtbeamtete Personen, deren Diensteinkommen 5000 ℳ jährlich nicht übersteigt, ein Anspruch auf Gehalt, Ruhegehalt, Wartegeld oder ähnliche Bezüge nach Vorschrift des § 169 RVO. als gewährleistet anzusehen ist, so daß diese Personen auf Grund des § 169 RVO. versicherungsfrei sind.

Tarifvertrag zwischen Krankenkassen und Angestellten berührt nicht das Erfordernis der Genehmigung des Besoldungsplanes.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** v. 26. November 1919 (HMBl. S. 341).

Die Vorschrift der Reichsversicherungsordnung über die Erteilung der Genehmigung zu den Dienst-

ordnungen der Krankenkassen ist durch die Verordnung über Tarifverträge, Arbeiter- und Angestelltenausschüsse und Schlichtung von Arbeitsstreitigkeiten vom 23. Dezember 1918 (RGBl. S. 1456) nicht aufgehoben. § 1 dieser Verordnung geht davon aus, daß ein Tarifvertrag geschlossen ist. Bestimmungen darüber, unter welchen Voraussetzungen ein rechtsgültiger Tarifvertrag abgeschlossen werden kann, enthält § 1 überhaupt nicht. Für diese Frage gelten die bestehenden besonderen Bestimmungen privat- und öffentlichrechtlicher Natur, für Krankenkassen also die besonderen Einschränkungen des § 355 RVO. Die einheitliche Handhabung der Genehmigung innerhalb der einzelnen Bundesstaaten ist durch das Recht der Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde gemäß § 355 Abs. 4 RVO. gewährleistet. Anderseits wird auch nach meinem Dafürhalten, soweit möglich, Sorge dafür zu tragen sein, daß die für Kassenangestellte abgeschlossenen Tarifverträge in ihrer Wirksamkeit nicht dadurch beeinträchtigt werden, daß das Oberversicherungsamt die Genehmigung zu dem in der Dienstordnung einer Krankenkasse enthaltenen Besoldungsplan (§§ 353, 355 Abs. 3 RVO.) versagt. Zu diesem Zwecke halte ich es im Einvernehmen mit dem Preußischen Herrn Minister für Handel und Gewerbe für empfehlenswert, bei der Vorbereitung von Tarifverträgen die Oberversicherungsämter in geeigneter Form zu beteiligen, um so die für den Abschluß örtlicher Tarifverträge zuständigen Stellen von vornherein über die Stellungnahme der Oberversicherungsämter zu den in dem Tarifvertrage vorgesehenen Besoldungssätzen zu unterrichten.

Strafbarer Krankenversicherungsbetrug durch Erhebung von Krankengeld trotz voller Ausübung der Berufstätigkeit.

Urteil des **Reichsgerichts** (2. Straffen.) vom 13. Juni 1919 (Entsch. 53 S. 272).

Zutreffend hat das Landgericht den vom Angeklagten als Mitglied der Ortskrankenkasse für das Buchdruckereigewerbe zu B. erstrebten Vermögensvorteil als rechtswidrig und das Vermögen dieser Kasse als durch Zahlung einer Nichtschuld beschädigt angesehen. Dem Angeklagten, der kraft Gesetzes gegen Krankheitsgefahr versichert war, stand damit für den Fall der Erkrankung ein Anspruch auf teilweise Schadloshaltung wegen der hierdurch verursachten wirtschaftlichen Nachteile zu. Die Krankenversicherung ist den Angehörigen bestimmter Berufe (§ 165 RVO.) im Hinblick darauf gewährt, daß ihr Einkommen aus der beruflichen Erwerbstätigkeit durch die Krankheit zeitweilig wegfällt oder geschmälert wird. Deshalb werden die baren Leistungen der Krankenkasse nach einem Grundlohne (§ 180 a. a. O.) bemessen; erhält ein Versicherter Krankengeld gleichzeitig aus einer anderen Versicherung, so sollen, vorbehaltlich anderweiter Regelung durch die Satzungen der Kasse, die Bezüge zusammen den Durchschnittsbetrag des täglichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigen (§ 189 das.). Die Arbeitsunfähigkeit im Sinn von § 182 RVO., d. i. das Unvermögen, ohne die Gefahr einer Krankheitsverschlimmerung der bisherigen Erwerbstätigkeit nachzugehen, stellt sich als eine wirtschaftliche Schädigung des Versicherten nur unter der Voraussetzung dar, daß er seinen Beruf tatsächlich nicht ausübt. Das Krankengeld soll den Verdienstausfall teilweise ersetzen und dem Erkrankten die zur Wiedererlangung seiner Arbeitskraft nötige Schonung ermöglichen. Der Versicherte kann nicht gleichzeitig Krankenhilfe beanspruchen und sich durch Weiterarbeiten der Gefahr einer Verschlechterung seines Zustandes aussetzen. Arbeitsunfähigkeit allein begründet noch nicht das Recht des Versicherten auf Krankengeld; weitere Voraussetzung ist der Wegfall des aus der gewohnten Erwerbstätigkeit bisher bezogenen Lohnes, für dessen Ausfall gerade die Versicherung Ersatz gewähren soll. Geht trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit kein Lohn verloren, so entfällt der Grund für solche Ersatzleistung und damit auch der Anspruch auf sie.

Dem Versicherten wird in dem Krankengelde kein voller Ausgleich für den Wegfall des Arbeitsverdienstes gewährt. Es ist ihm dementsprechend nicht schlechthin verwehrt, durch entgeltliche Beschäftigung während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit zum Krankengeld etwas hinzuzuverdienen. Übt er aber seine volle Berufstätigkeit mit ihren Anstrengungen und Gesundheitsgefährdungen gegen vollen Lohn wie ein Gesunder aus, so tritt trotz der bestehenden Arbeitsunfähigkeit der wirtschaftliche Schaden, gegen den er versichert ist, nicht ein; er hat keinen Anspruch auf Krankengeld, das dem Arbeitsunfähigen deshalb zukommt, weil er nicht nur sich schonen muß, sondern sich auch wirklich schont und dadurch einen Ausfall an Berufseinkommen erleidet.

Ob im einzelnen Fall eine von dem Arbeitsunfähigen fortgesetzte Erwerbstätigkeit nach Art, Umfang und Dauer so zu bewerten ist, daß sie die vorhandene Krankheit als einen wirtschaftlich nicht schädigenden Zustand erscheinen läßt, unterliegt tatsächlicher Beurteilung. Der Angeklagte ist nach Inhalt des Urteils während des neun- bis zehnmonatigen Zeitraums, für den er Krankengeld bezogen hat, seiner regelrechten Beschäftigung im Buchdruckereigewerbe über 8½ Monate lang nachgegangen, anfangs als Setzer und Faktor gegen 60 ℳ Wochenlohn, später als selbständiger Faktor und Betriebsleiter mit einem Monatsgehalte von 250 ℳ. Er hat „durch das Verschweigen dieser ausgiebigen und lohnenden Beschäftigung die Krankenkasse in dert Glauben versetzt, daß er einen Anspruch auf Unterstützung habe, und sie veranlaßt, ihm die

Krankenunterstützung zu zahlen". Der Schluß, daß hierdurch die Kasse um den Gesamtbetrag des dem Angeklagten für die 8½ Arbeitsmonate weitergewährten Krankengeldes von 720 ℳ in ihrem Vermögen geschädigt worden sei, läßt keinen Rechtsirrtum erkennen.

C. Zur Unfallversicherung.

Ausgleiten bei einem dienstlichen Gange nach Schluß der Arbeit, als Betriebsunfall.

Rek. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 11. September 1919.

Durch die Bekundung des Zeugen Sch. steht fest, daß der Unfall sich schon gegen 7 Uhr nachmittags zugetragen haben muß — wie dies auch schon in der Unfallanzeige vom 24. November 1917 angegeben worden ist —, und nicht erst um 9 Uhr nachmittags, wie der Kläger in der Unfalluntersuchungsverhandlung vom 12. Januar 1918, offenbar infolge Unachtsamkeit, erklärt hat. Nach dem Sachverhalt ist aber der Weg, auf dem der Kläger den Unfall erlitten hat, noch als ein Teil des Weges anzusehen, den er im Auftrage der Arbeitgeberin zu der Firma L. im Interesse des Betriebes gemacht hat, nämlich um für den Betrieb Schrauben und Nieten zu besorgen. Auf diesem ganzen Wege war der Kläger gegen die Gefahren versichert, die der Weg seiner Natur nach mit sich brachte, insbesondere gegen die Gefahr des Ausgleitens (zu vgl. Rekursentsch. 2068, Amtl. Nachr. 1914 S. 617 und Handb. der Unfallvers. Bd. 1 S. 97 Anm. 13). Hieran ändert sich auch dadurch nichts, daß der Kläger den Auftrag nicht sofort auf dem nach Schichtschluß angetretenen Wege von dem Werke seiner Arbeitgeberin nach seiner Wohnung, der unstreitig an dem Geschäfte der Firma L. vorbeiführt, ausgeführt hat. Denn nach der Aussage des H. lautete der Auftrag nicht dahin, daß der Kläger ihn unmittelbar auf dem Wege vom Werke nach seiner Wohnung ausführen sollte. Es lag auch nicht in der Natur der Sache, daß der Kläger den Auftrag schon auf dem Wege vom Werke nach seiner Wohnung, ohne diesen zu unterbrechen, hätte ausführen müssen. Es entsprach vielmehr durchaus der Sachlage, wenn der Kläger, der bis 5½ Uhr nachmittags im Betriebe tätig gewesen war und bis Sch. nach Schichtschluß noch einen Weg von etwa ¾ Stunden zurückgelegt hatte, sich vor Ausführung des Auftrages zunächst in seine Wohnung begab, um dort etwas zu essen, weil er nicht von vornherein übersehen konnte, wieviel Zeit die Ausführung des Auftrages beanspruchen würde, zumal die Gefährlichkeit des Weges durch den mit dem Einnehmen des Essens verursachten, übrigens nicht erheblichen Zeitverlust nicht vergrößert worden ist, weil am Unfalltage in der Zeit von etwa 6¼ bis 7½ Uhr nachmittags die Beleuchtung und Übersichtlichkeit der Straße, in der der Unfall sich ereignet hat, durchweg dieselbe gewesen ist, wie sich aus der Auskunft der Arbeitgeberin vom 22. Mai 1918 ergibt. Der Unfall des Klägers ist nach alledem als Betriebsunfall anzusehen und die Berufung der Beklagten auf die Rekursentsch. 2136, Amtl. Nachr. 1906 S. 271, in der der Heimweg eines Arbeiters, welcher nach der Beendigung der Arbeit für den Betrieb noch eine Bestellung auszurichten und zu diesem Zwecke einen Umweg zu machen hatte, von der Erledigung des Auftrags ab als nicht mehr versichert erklärt worden ist, verfehlt, da es sich, wie dargelegt ist, vorliegend nicht um einen Unfall auf einem solchen Heimwege, sondern auf einem im Auftrage des Arbeitgebers im Interesse des Betriebes unternommenen Weg, also auf einem Betriebsgang, handelt. („Kompaß".)

Gemüsebau als gärtnerischer oder landwirtschaftlicher Betrieb?

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 14. März 1919 (I 1174. 19).

In dem Betriebe des Landwirts B. wird außer einigen anderen Bodenerzeugnissen hauptsächlich Gemüse gezogen. Streitig ist, ob der Betrieb zur örtlich zuständigen landwirtschaftlichen oder zur Gartenbau-Berufsgenossenschaft gehört.

Der Standpunkt, daß der Gemüsebau als solcher einen gärtnerischen Betriebszweig bildet, kann in dieser Allgemeinheit als zutreffend nicht anerkannt werden. Das Unterscheidungsmerkmal zwischen gärtnerischen und landwirtschaftlichen Betrieben ist nicht schlechthin in der Gattung oder Art der angebauten Bodenerzeugnisse zu suchen. Nach allgemeinen Begriffen versteht man vielmehr unter gärtnerischem Wesen die nachdrücklichste, eindringlichste Art der Hervorbringung von Bodenerzeugnissen (Gewächsen, Früchten). Wenn eine derartige besonders sorgfältige Pflege dem bearbeiteten Boden und den angebauten Gewächsen zuteil wird, so ist im allgemeinen anzunehmen, daß es sich um einen gärtnerischen Betrieb handelt. Wichtige Anhaltspunkte dafür, ob ein Betrieb in dieser nachdrücklichen Form bewirtschaftet wird, können beispielsweise die hohe Zahl der in ihm aufgewendeten Arbeitstage, die Tatsache eines mehrfachen Wechselbaues, das Stattfinden von Vorkulturen, die Art der Bewässerung, das Vorhandensein ausgesprochen gärtnerischer Einrichtungen, wie Frühbeete u. dgl., liefern.

Im vorliegenden Falle erhellt aus der polizeilichen Auskunft vom 1. August 1916 und dem Gutachten des Ökonomierats B. in Übereinstimmung mit wiederholten Erklärungen des Unternehmers, daß der Betrieb des Landwirts B. derartige Merkmale eines gärtnerischen Betriebes nicht aufweist,

daß er vielmehr feldmäßig, d. h. nach allgemein landwirtschaftlichen Gesichtspunkten mit ungelernten Arbeiterinnen ohne jede künstliche Bewässerung u. dgl. mehr bewirtschaftet wird. Daher hat das Oberversicherungsamt mit Recht die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft als den für den Betrieb zuständigen Versicherungsträger bezeichnet.

Gewährung von Heilanstaltspflege durch Bescheid gilt regelmäßig nicht als Feststellung der Entschädigungspflicht im Sinne des § 907 RVO. — Umfang der Entschädigungspflicht nach § 903.

Urteil des **Reichsgerichts** (4. Zivils.) v. 13. Oktober 1919 (Entsch. 96 S. 332).

Am 3. Oktober 1915 ist der Gipser E. von W. im Betriebe des Beklagten verunglückt. Die klagende Berufsgenossenschaft nimmt für ihre aus Anlaß dieses Unfalls gemachten Aufwendungen den Beklagten auf Grund des § 903 RVO. in Anspruch.

1. In erster Reihe hat der Beklagte unter Berufung auf § 907 RVO. Verjährung eingewendet. Die Vorinstanzen haben diesen Einwand verworfen, die Revision hat ihn wiederholt. Ihre namentlich gegen die Begründung des Berufungsurteils gerichteten Angriffe konnten keinen Erfolg haben.

Nach § 907 Abs. 1 Satz 2 verjährt der Anspruch aus § 903 in einem Falle der hier gegebenen Art in einem Jahre „nach der ersten rechtskräftigen Feststellung der Entschädigungspflicht der Genossenschaft", spätestens aber in fünf Jahren nach dem Unfalle. Die Klägerin hat aus Anlaß des in Rede stehenden Unfalls zwei Bescheide erlassen: den einen unter dem 28. Juli 1916 dahin, daß dem Verunglückten vom 3. August 1916 ab an Stelle von Krankenbehandlung und Rente Heilanstaltspflege in dem Krankenhause in Sch. gewährt werde.... Demnächst ist unter dem 1. Oktober 1917 ein Bescheid ergangen, wodurch die dem Verunglückten vom 23. Juni 1917 an — nach beendeter Heilanstaltspflege — zu gewährende Rente festgesetzt worden ist. Die Bedeutung dieser Bescheide, insbesondere die des ersterergangenen, für den Beginn der Verjährung im Sinne des § 907 bildet den Gegenstand des Streites. Die Klägerin bestreitet, daß der Bescheid vom 28. Juli 1916 eine Feststellung der Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft enthalte. Dem sind die Vorinstanzen beigetreten. Die Klage ist unstreitig am 20. August 1918 erhoben, also noch innerhalb eines Jahres nach Erlassung des zweiten Bescheids vom 1. Oktober 1917.

Wie bereits der erste Richter zutreffend hervorgehoben hat, ergibt schon die inhaltliche Vergleichung der beiden Bescheide vom 28. Juli 1916 und vom 1. Oktober 1917, daß die Klägerin in dem ersterergangenen nicht eine Anerkennung oder Feststellung ihrer gesetzlichen Entschädigungspflicht erklären wollte. Im besonderen erhellt dies aus dem im Bescheide vom 1. Oktober 1917 der Rentenfestsetzung (nach Vordruck) beigefügten Zusatze: „Für die Zeit vom 3. August 1916 bis 22. Juni 1917, während der sich der Verletzte in Heilanstaltspflege befunden hat, wird ihm gemäß § 597 RVO. an Stelle der Krankenbehandlung und der Rente Heilanstaltspflege gewährt." Dieser Ausspruch hätte keinen erkennbaren Sinn, wenn bereits in dem Bescheide vom 28. Juli 1916 die wenigstens in Ansehung der Heilanstaltspflege erklärte Feststellung oder Anerkennung der Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft zu finden wäre. Gerade im Zusammenhalte mit jenem Bescheide, der nur die Anordnung der Heilanstaltspflege schlechthin enthält, ergibt vielmehr dieser Satz des Bescheids vom 1. Oktober 1917, daß nunmehr — im Zusammenhang mit der Rentenfestsetzung — die Kosten jener bereits gewährten Heilanstaltspflege auf die Berufsgenossenschaft als Teil der ihr obliegenden gesetzlichen Entschädigungspflicht (§§ 558, 597 RVO.) übernommen werden. Dieser im Bescheide vom 1. Oktober 1917 enthaltenen Feststellung der Entschädigungspflicht steht mithin der Bescheid vom 28. Juli 1916 seinem wesentlichen Inhalte nach als eine nur tatsächliche, vorläufige, der Fürsorge für den Verletzten dienende Anordnung gegenüber.

Diese Behandlung der Sache steht im Einklang mit dem in der Praxis der Versicherungsinstanzen, insbesondere des Reichsversicherungsamts feststehenden Rechtsgrundsatze, daß aus der Gewährung der Heilanstaltsbehandlung nicht ohne weiteres folgt, die Berufsgenossenschaft habe ihre Entschädigungspflicht anerkannt. Das allgemeine und wirtschaftliche Interesse der Berufsgenossenschaften an der Frühbehandlung der Unfallverletzten gebietet rasches Eingreifen. Die Heilanstaltspflege ist nicht selten zu gewähren, schon ehe eine völlige Klärung der für die Feststellung der Entschädigungspflicht maßgebenden Tatumstände möglich ist. In fester Übung ist daher den Berufsgenossenschaften die Befugnis zugesprochen worden, die Entschädigungspflicht an sich, der bereits gewährten Heilanstaltspflege ungeachtet, noch nachzuprüfen und gegebenenfalls zu verneinen. Daß sich hieran nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung etwas geändert hätte, ergeben weder diese selbst, noch, wie das Berufungsgericht zutreffend ausführt, die Vorarbeiten dazu. Auch der rechtskraftfähige Bescheid, der über die Anordnung der Heilanstaltspflege nach § 1583 Abs. 1 Nr. 3 RVO. ergeht, ist für sich allein nicht als Feststellung der Entschädigungspflicht, und zwar auch nicht unter Beschränkung auf die Teilleistung der Heilanstaltspflege anzusehen. Vgl. hierzu Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1887 S. 133 Nr. 319, 1888 S. 177 Nr. 482, 1901 S. 397 Nr. 1558, 1913 S. 507 Nr. 2626 (zu Art. 60 EG. z. RVO.); Mitteilungen des Bayerischen Landesversicherungsamts 1914 S. 72 Nr. 1396; auch Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. 1

S. 308 Erl. 6b zu GewUVG. § 22. Daß die Umstände des Falles dem Entgegenstehendes hier nicht ergeben, hat das Berufungsgericht bereits mit Recht ausgesprochen.

Kommt aber hiernach dem Bescheid über die Anordnung der Heilanstaltspflege die Bedeutung einer Feststellung der Entschädigungspflicht regelmäßig und für sich allein nicht zu, so kann seine Erlassung solchenfalls auch nicht die Verjährung des § 907 RVO. in Lauf setzen. Der hier in Rede stehende Bescheid vom 28. Juli 1916 konnte daher diese Wirkung auch nicht haben.

2. Der Beklagte hat im besonderen noch eingewendet, daß er nach § 903 RVO. jedenfalls nicht aufkommen müsse für die Kosten der beiden in der Klagschrift aufgeführten ärztlichen Zeugnisse vom 26. Mai und 11. August 1917 (über Erwerbsunfähigkeit des Verletzten) mit zusammen 15 M. Die Revision beharrt auf diesem Standpunkt. Indessen war ihr auch soweit der Erfolg zu versagen. In der Rechtsprechung ist vereinzelt (OLG. Bd. 20 S. 22) die Auffassung vertreten worden, der Entschädigungsanspruch der Berufsgenossenschaft gegen den Unternehmer (jetzt aus § 903 RVO.) erstrecke sich nur auf deren gesetzliche Leistungen (Krankenbehandlung, Rente, Heilanstaltspflege), nicht auch auf sonstige Unkosten, die ihr der Unfall verursacht hat; dem ist das Schrifttum teilweise beigetreten (von den Kommentaren zur RVO. insbes. Moesle-Rabeling Erl. 13 und Düttmann Erl. 6 zu § 903; anders Stier-Somlo Erl. 4 B b dazu). Für eine solche einschränkende Auslegung bietet indessen das Gesetz keinen ausreichenden Anhalt. Der Umfang der geschuldeten Erstattung wird mit den Worten bezeichnet: „alles, was ... infolge des Unfalls nach Gesetz oder Satzung aufwenden müssen". Wenn auch die Worte „nach Gesetz oder Satzung aufwenden müssen" auf jene Bedeutung hinzudeuten scheinen, so ist doch nicht abzusehen, warum, wenn eine solche gewollt gewesen wäre, die zu erstattenden Leistungen nicht eben als „Leistungen, die ... haben aufwenden müssen", bezeichnet wurden. Zutreffend hat daher die Rechtsprechung in der Folge wiederholt (vgl. Arch. f. Reichsversicherung 1914 S. 127) auch die sonstigen Aufwendungen der Berufsgenossenschaft — außer ihren gesetzlichen Leistungen — für ersatzfähig erklärt, soweit ihnen eine bestimmte Beziehung auf den vorliegenden Fall innewohnt. Es ist kein innerer Grund dagegen ersichtlich, unter dieser Beschränkung der Berufsgenossenschaft den Erstattungsanspruch auch für sonstige Aufwendungen zuzubilligen. Danach aber sind auch die 15 M Gutachtenkosten der Klägerin zu erstatten.

Anmerkung: Das Urteil entscheidet eine alte Streitfrage im Sinne der herrschenden Rechtsübung. Zu vgl. Entsch. des Kammergerichts in ArbVers. 1911 S. 88 und der Oberlandgerichte Stettin und Breslau in „Berufsgenossenschaft" 1914 S. 78 ff. Anders hatten Landgericht und Oberlandesgericht Rostock entschieden; vgl. ArbVers. 1908 S. 492.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zum Abbau der Erwerbslosenfürsorge.

Diese brennende Frage hat den Reichsarbeitsminister zu einer abermaligen Änderung der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge in der Fassung v. 16. 4. 19 (RGBl. S. 416, ArbVers. S. 452; zu vgl. auch ArbVers. S. 654) veranlaßt. Die neue Verordnung v. 15. 1. 20 (RGBl. S. 54), die am 1. 2. 20 in Kraft tritt, zielt auf Verminderung der Arbeitslosigkeit ab. Ihre hierauf gerichteten Vorschriften haben in gedrängter Zusammenfassung folgenden Inhalt:

Ziel der Fürsorge ist Beendigung der Erwerbslosigkeit durch Aufnahme von Arbeit. Nur soweit dieses Ziel nicht erreicht werden kann, sind Unterstützungen zu gewähren. Erwerbslose sollen grundsätzlich an ihren Wohnort vom 1. August 1914 zurückkehren. An einem anderen Orte darf ihnen die Fürsorge nicht länger als vier Wochen gewährt werden, es sei denn, daß sie an dem neuen Wohnort einen gemeinschaftlichen Hausstand begründet haben oder die Rückkehr in den früheren Wohnort tatsächlich undurchführbar ist. Das Fürsorgealter ist von 14 auf 16 Jahr heraufgesetzt. Ausländern wird nur bei verbürgter Gegenseitigkeit Erwerbslosenfürsorge gewährt. Den Fürsorgeausschüssen, denen die Durchführung der Erwerbslosenfürsorge unter Hinzuziehung von Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer obliegt, wird zur Pflicht gemacht, in engster Zusammenarbeit mit den Arbeitsnachweisen darauf hinzuwirken, daß den unterstützten Erwerbslosen mit tunlichster Beschleunigung geeignete Arbeit vermittelt wird.

Die die Krankenkassen angehenden Vorschriften der bisher geltenden Verordnung werden durch die Änderung im wesentlichen nicht berührt; nur sind im § 12d Abs. 1 die Worte „dieser Verordnung" ersetzt durch die Worte „der Vereinbarung".

Der Abbau der Erwerbslosenfürsorge in Deutschösterreich

soll angesichts der verzweifelten Finanzlage mit Nachdruck vorgenommen werden. Auf Grund gesetzlicher Ermächtigung hat die industrielle Bezirkskommission in Wien die Einstellung der Erwerbslosenunterstützung für folgende Gruppen beschlossen:

1. Möbeltischler, Wagner, Schuhmacher, Ziegelarbeiter, Tonarbeiter und Schneiderinnen;

2. ledige und verwitwete Arbeitslose (Arbeiter und Angestellte) ohne Kinder, die nicht schon vor dem 1. August 1914 in einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung standen oder nicht eine ordnungsmäßige Ausbildung in einem bestimmten Gewerbe (Fachschule, Lehre) erhalten haben, soweit sie nach Entscheidung des Arbeitslosenamtes für die Haus- oder Landwirtschaft geeignet sind;

3. verheiratete Arbeiterinnen und Angestellte, mit Ausnahme jener, welche vor dem Einrücken ihres

Ehegatten zur Kriegsdienstleistung in einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung standen, sofern der heimgekehrte Ehegatte nunmehr im Erwerbe steht.

Eine Einschränkung der Unterstützung in Berufen mit ungedecktem Bedarf an Arbeitskräften erscheint ein sehr gesunder Gedanke, der wohl verdiente, auch bei uns aufgenommen zu werden. Das gleichzeitige Vorhandensein von offenen Stellen und unterstützten Arbeitslosen im gleichen Beruf widerspricht dem Sinne der Verordnung, die eine Erwerbslosenunterstützung nur für die infolge des Krieges erwerbslos Werdenden vorsieht; bei denjenigen, die trotz eines aufnahmefähigen Marktes arbeitslos sind, darf man wohl entweder persönliche Untüchtigkeit oder Arbeitsunlust annehmen. Leider aber findet sich dieser Widersinn, wenn man etwas tiefer in die Praxis der Erwerbslosenfürsorge herabsteigt, keineswegs selten unter dem Druck kommunistischer Arbeitslosenräte, die das Recht auf Arbeit in ein Recht auf Arbeitslosigkeit verkehrt haben. Ziffer 2 ist wohl lediglich als besondere Betonung eines schon bestehenden Grundsatzes aufzufassen, dessen Durchsetzung allerdings erhebliche Energie erfordert. Die Bestimmung der Ziffer 3 der deutschösterreichischen Verordnung erscheint ebenfalls durchaus berechtigt, im Deutschen Reiche wurde übrigens von Anfang an nach diesem Grundsatz verfahren. („Soziale Praxis.")

Fürsorge bei Arbeitslosigkeit von Angestellten in der Schweiz.

Durch Bundesratsbeschluß vom 14. März 1919 (abgedruckt im Bulletin des Internationalen Arbeitsamtes Band 18 Nr. 1/3) wird eine Arbeitslosenfürsorge für Angestellte eingeführt, die sich ausschließlich auf diejenigen Angestellten kaufmännischer, industrieller, gewerblicher oder technischer Betriebe erstreckt, die infolge der durch den Krieg verursachten wirtschaftlichen Verhältnisse arbeitslos geworden sind. Unter „Angestellten" werden alle Personen verstanden, die zu dem Inhaber eines solchen Betriebs in einem Dienstvertragsverhältnis stehen oder sich in einer diesem Verhältnis ähnlichen Lage befinden, aber weder Arbeiter im Sinne des Bundesratsbeschlusses vom 5. August 1918, noch Dienstboten sind und im Inland wohnen. Wird eine Einschränkung des Betriebs notwendig (Art. 3), so ist von dessen Inhaber, wenn die geschäftlichen Verhältnisse es irgend gestatten, statt der Arbeitseinstellung für Angestellte eine allgemeine Kürzung der Arbeitsdauer vorzunehmen. Bei einer Verkürzung der im Betriebe sonst üblichen Arbeitsdauer um höchstens 20 v. H. hat der Betriebsinhaber das Gehalt voll weiter zu bezahlen (Art. 4). Bei einer Verkürzung der im Betriebe sonst üblichen Arbeitsdauer um mehr als 20 v. H. bezieht der Angestellte neben dem Gehalt für die noch zu leistende Arbeitszeit 60 v. H. des Teiles des Gehalts, welcher der ausfallenden Zeit entspricht, mindestens aber, und zwar auch bei vollständiger Arbeitseinstellung, insgesamt 60 v. H. des normalen Gehalts. Diese 60 v. H. werden auf 70 erhöht, wenn der Angestellte verheiratet ist oder eine gesetzliche Unterstützungspflicht erfüllt (Art. 5). Wird die Arbeitsdauer nicht auf weniger als 60 v. H. der im Betriebe sonst üblichen Zeit gekürzt, so fallen die in Art. 5 vorgesehenen Leistungen zu Lasten des Betriebsinhabers; wird die Arbeitsdauer auf weniger als 60 v. H. gekürzt oder der Betrieb ganz eingestellt, so werden die Entschädigungen für die ausfallende Arbeitszeit zu einem Drittel vom Betriebsinhaber, zu einem weiteren Drittel vom Wohnsitzkanton des Angestellten und zu einem Drittel vom Bund übernommen. In Art. 6 und 7 werden des weiteren noch Vorschriften über Anrechnung vom Nebenverdienst des Angestellten behandelt. (Reichsarbeitsblatt.)

Zum Abkommen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen.

Das im Jahrgang 1914 S. 22 ff. veröffentlichte „Abkommen zur Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen" ist nach einer Bekanntmachung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen für das Jahr 1920 mit folgenden Änderungen verlängert: Der Pauschbetrag, den die Berufsgenossenschaft nach § 2 Abs. 2 von der Kasse beanspruchen kann, ist auf 20 ℳ, der Pauschbetrag, den die Kasse nach § 8 Abs. 2 von der Genossenschaft beanspruchen kann, auf 40 ℳ erhöht. Tritt vor Ablauf des Jahres 1920 eine Änderung des 5. Buches der RVO., insbesondere des § 1513, in Kraft, so wird das Abkommen hinfällig.

Wir verweisen hinsichtlich der Verbindlichkeit des Abkommens auf unsere Anmerkung 1914 S. 24, sowie auf die Entsch. des RVA. v. 18. 4. 16 (2228 Amtl. Nachr. 1916 S. 582, ArbVers. 1916 S. 709), wodurch die in jener Anmerkung vertretene Auffassung bestätigt worden ist, daß über streitige Ersatzansprüche auch dann im Spruchverfahren nach § 1515 RVO. zu entscheiden ist, wenn der Anspruch auf die vertragliche Regelung gestützt wird.

23. Deutscher Ortskrankenkassentag.

Der Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen hielt vom 23. bis 25. November 1919 in Leipzig seine 23. Jahresversammlung ab. Der Besuch war sehr rege; im vergangenen Jahr mußte die Tagung ausfallen, und diesmal standen besonders wichtige Verhandlungen auf der Tagesordnung. Die Versammlung war gleichzeitig eine Jubiläumstagung, da fast an demselben Tage vor 25 Jahren der Verband gegründet worden ist. Aus diesem Anlaß ist eine Festschrift: „25 Jahre Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen" erschienen, die dessen Werdegang schildert.

Verbandsvorsitzender Fräßdorf-Dresden eröffnet die Versammlung mit begrüßenden Worten. Der Krieg habe manche Bekannte dahingerafft, die sonst unter uns weilten. Wir leben in einer Zeit der Reform der Sozialversicherung, die Erinnerungen weckt an die Gründungsjahre des Verbandes. Seinerzeit waren die Versicherten Objekt, nicht Subjekt der Gesetzgebung. Man wollte keine Selbstverwaltung der Versicherungsträger, weil man, wie gesagt wurde, keinen Staat im Staate wollte. Die Interessen der Arbeiter verlangten schon diese Selbstverwaltung, und weil sie nicht in vollem Umfange gewährt wurde, wandten sich die Arbeiter erst später der Mitwirkung bei der Durchführung der Sozialversicherung zu. Zwei Mitbegründer, die an der ersten Tagung am 25. November 1894 in Frankfurt a. M. teilnahmen, seien noch heute mit anwesend: Verwaltungsdirektor Uhlmann-Leipzig, und Fräßdorf selbst. Der Verband hatte einen besonders schweren Stand nach der Einführung der Reichsversicherungsordnung. Jetzt zeige er eine kräftige Entwicklung und besitze ein großes eigenes Büro. Die Kassen hielten leider nicht immer Disziplin in Arzt- und Angestelltenfragen. Nachdem Redner noch den „Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands" erwähnt, besprach er die nächsten Aufgaben des Verbandes. Die Haupttätigkeit müsse auf die Zentralisation der Krankenversicherung eingestellt

werden. Für jeden Kreis solle nur eine Krankenkasse bestehen, und zwar die Allgemeine Ortskrankenkasse. Alle Nebenkassen hätten keine Existenzberechtigung. Das liege im Interesse der Versicherten und somit auch der werktätigen Bevölkerung.

Es folgt eine Reihe von Ansprachen der zahlreich erschienenen Vertreter von Behörden und sonstigen Körperschaften. Der Vertreter des Reichsversicherungsamts, Dr. Tränkner, führt aus, er nehme gern Veranlassung, die Glückwünsche dieses Amtes zu überbringen und mit den Krankenkassenvertretern in Berührung zu kommen. Beide umschließe gemeinsame Arbeit. Die Gegenwart werde von der Sorge für Mutter und Kind beherrscht, was in der Gestaltung unserer Sozialversicherung zum Ausdruck komme. Das Ausland beneide uns um unsere guten Versicherungseinrichtungen. Redner kündigte an, daß vom Reichsversicherungsamt demnächst einige Schriften herausgegeben werden, so über Sozialversicherung und Wiederaufbau, Richtlinien über Heilbehandlung und Krankheitsverhütung u. a. m. — Der Vorsitzende Fritz von der Ortskrankenkasse Leipzig wies darauf hin, daß Leipzig zum dritten Male die Tagung der Ortskrankenkassen in seinen Mauern berge. — Dr. Hähnel, Vertreter des sächsischen Ministeriums des Innern und des Landesversicherungsamts, sprach von den verheerenden Wirkungen des Krieges und von der Aufgabe der sozialen Versicherung an der Heilung dieser Schäden mitzuwirken. — Oberregierungsrat Dr. Kretzschmann vom OVA. Leipzig wies darauf hin, wie die soziale Versicherung von brennenden Tagesfragen berührt werde. Verwaltungsrechtliches Handeln verbinde Versicherungsbehörden und Versicherungsträger. — Es sprachen noch Stadtrat Merkel vom VA. der Stadt Leipzig, Dr. Max Hädicke als Vertreter des Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, ein Vertreter der Gesellschaft für soziale Reform.

Nach der Wahl der Beisitzer für die Leitung der Versammlung erstattete dann Lehmann (Dresden) den Geschäftsbericht. Er verwies auf das gedruckt vorliegende „Jahrbuch der Krankenversicherung", das die nötigen Mitteilungen enthalte. Das Vertragsverhältnis mit dem Verbande der Berufsgenossenschaften sei gekündigt worden, da dieser die geforderte Erhöhung der Pauschalsätze für die Krankenpflege nicht bewilligen wollte. Der Vertrag läuft bereits Ende dieses Jahres ab. Dem Hauptverbande gehören zur Zeit rund 1300 Kassen mit fast sieben Millionen Versicherten an. Für die nächste Zeit werde angestrebt eine Erhöhung der Höchstgrenze für die Grundlöhne auf 20 ℳ. Die Gehaltsgrenze für die Versicherungspflicht der Angestellten müsse auf 10 000 ℳ hinaufgesetzt werden. Hinsichtlich der Neuwahlen der Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten in den Kassenorganen sei man bestrebt, einen einheitlichen Termin herbeizuführen (durch eine Verordnung), so daß die Neugewählten ihr Amt am 1. Januar 1921 antreten müßten. Die Krankenkassen leiden unter schweren Lasten, die ihnen der Krieg gebracht hat. Der Reichskanzler Bauer sei bemüht gewesen, früheren Zusagen der Regierung entsprechend den Kassen Hilfe zu leisten, doch sei er bei dem Reichsfinanzministerium auf Widerstand gestoßen. Mehr als das neue Gesetz über die Reichswochenhilfe und Wochenfürsorge vorsehe, könne nicht erwartet werden. Ein Sorgenkind sei die dem Verbande angeschlossene Ausstellungsvereinigung. Sie habe kein Betätigungsfeld, da sie nur von wenigen Kassen in Anspruch genommen werde. Die Krankenkassen werden von einigen Steuergesetzen berührt, so von dem über die Kapitalflucht, und durch das Umsatzsteuergesetz. Dem Verbandsvorstand wurde Entlastung erteilt.

Über tarifliche Vereinbarung mit dem Leipziger Ärzteverband berichtete Fräßdorf. Die Ärzteschaft habe auf ihrer letzten Tagung ihre Bereitwilligkeit zu dem Ausbau der sozialen Gesetzgebung erklärt und spräche sich für den Abschluß eines Tarifvertrages aus. Die freie Arztwahl könne freilich nicht bewilligt werden. Der verlangten Anerkennung der ärztlichen Organisation als gleichberechtigte Körperschaft könne man nur zustimmen. Das Angebot des Ärzteverbandes zur tariflichen Regelung sei folgendes:

Zunächst für das Jahr 1920 soll gelten:

1. Der Pauschbetrag für das Mitglied und Jahr beträgt mindestens 12 ℳ und höchstens 15 ℳ einschließlich der Bezahlung der Sonderleistungen und der Fachärzte, jedoch ausschließlich der Wegegebühren.
2. Bei Bezahlung der einzelnen Leistungen wird jeder Besuch in der Wohnung des Kranken mit mindestens 2,50 ℳ und höchstens 3 ℳ vergütet, jede Beratung in der Wohnung des Arztes mit 2 ℳ. Die sogenannten Sonderleistungen werden mit einem Aufschlag von 50 v. H. auf die Mindestsätze der staatlichen Gebührenordnungen entschädigt.

   Wo die unter Ziffer 1 und 2 bezeichneten Sätze oder höhere Sätze bereits vor dem 1. Oktober 1919 bestanden haben, können Teuerungszuschläge bis zu 50 v. H. vereinbart werden.
3. Bei Bezahlung nach Einzelleistungen ist eine Begrenzung der Gesamtausgaben der Krankenkassen für ärztliche Behandlung zu vereinbaren, dergestalt, daß im Vierteljahrsdurchschnitt aller Ärzte auf den einzelnen Krankheitsfall mehr als 3½, höchstens 4 Beratungen und Besuche zusammen nicht bezahlt werden. Statt dessen kann vereinbart werden, daß die gesamten Ausgaben für ärztliche Behandlung einschließlich Bezahlung der Sonderleistungen und der Fachärzte, jedoch ausschließlich der Wegegebühren, bei einem Beitragsfuß von 4½ v. H. des Grundlohns je nach dem durchschnittlichen Grundlohn der Kasse nicht mehr als 15 v. H., höchstens 22 v. H. der Beitragseinnahme betragen dürfen. Überschießende Beträge werden den Ärzten anteilig gekürzt.
4. Bei Überlandbesuchen des Arztes in der Wohnung des Kranken werden besondere Vergütungen vereinbart, die nach der Entfernung des Wohnortes des nächstwohnenden Kassenarztes zu berechnen sind. Der Berechnung wird die Entfernung zwischen den amtlich festgesetzten Ortsmitten zugrunde gelegt; für Orte über 100 000 Einwohner wird die Entfernung von der Ortsgrenze berechnet. Jedes angefangene Kilometer wird voll gerechnet. Für besondere Fälle kann Abweichendes vereinbart werden.

   Diese Vergütung wird berechnet nach Doppelkilometern und soll betragen für das Doppelkilometer bei Tage 3 ℳ, bei Nacht 6 ℳ.

   Bei Rundfahrten können die vorstehend bezeichneten besonderen Vergütungen (Wegegebühren) auf die Mitglieder der verschiedenen Krankenkassen entsprechend verteilt werden. Eine gemeinsame Entschädigung mehrerer Kassen des gleichen Bezirks ist zulässig.

   Für die Gelegenheitsberatungen und Gelegenheitsbesuche auf dem Lande werden dieselben Sätze vergütet wie für Sprechstundenberatungen und Besuche am Wohnorte des Arztes.
5. Für die Behandlung überwiesener Mitglieder auswärtiger Kassen sind bei Berechnung der ärztlichen Vergütung nach Einzelleistungen die gleichen Sätze wie für die Mitglieder der aushelfenden Kasse, bei Bezahlung der ärztlichen Vergütung nach Pauschsätzen die in diesen Vereinbarungen

genannten Sätze für die Bezahlung nach Einzelleistungen zu berechnen.

6. Die Sätze für die Behandlung der Familienangehörigen dürfen bei den einzelnen Leistungen keine höheren Beiträge ergeben, als durchschnittlich für die Behandlung der Mitglieder festgestellt werden.
7. Die im Bezirke eines Versicherungsamtes vereinbarten Vergütungen gelten auch für die Kassen anderer Bezirke, wenn Mitglieder von ihnen ihren ständigen Wohnsitz in dem Bezirke haben.
8. Die in dieser Vereinbarung vorgesehenen Beträge und Sätze gelten für den Abschluß neuer Verträge; bestehende Verträge werden dadurch nicht berührt.
9. Die Forderung besonderen Entgelts für die Mitglieder mit höherem Grundlohn oder für Versicherungsberechtigte ist unzulässig. Unzulässig ist auch die Forderung der besonderen Bezahlung bei Betriebsunfällen, vorbeugenden Heilverfahren oder Schadenersatzfällen (§ 1542 RVO.), wenn die Krankenkasse satzungsgemäß zur Gewährung freier ärztlicher Behandlung verpflichtet ist.

Pollender-Leipzig bekämpfte diese Forderungen. Für die OKK. Leipzig würde die Bewilligung ein Anschwellen der Arzthonorare von 2 auf 5 Millionen Mark bedeuten. Er stellte den Antrag: „Den Hauptvorstand zu beauftragen, auf den Abschluß des geplanten Tarifvertrages nur unter der Bedingung einzugehen, daß die von den Ärzten geforderten Tarifsätze eine erhebliche Verminderung erfahren."

Auch Brachel-Köln sagt, daß die ärztlichen Forderungen über das berechtigte Maß hinausgehen. Unterstaatssekretär Gräf erklärt den Antrag für selbstverständlich. Allerdings sei die Zeit vorbei, in der mit niedrigen Honoraren auszukommen sei. Man müsse auch Wert auf Qualitätsarbeit der Ärzte legen. Bis zur Sozialisierung der Ärzte sei der Arzt ein Sozialbeamter. Er hoffe, daß die Ärzte gelernt hätten, den politischen Gesichtspunkt aus dem Kampfe auszuscheiden. Hänschen-Krefeld erklärt die Forderungen für das Rheinland als unerfüllbar. Huhn-Colditz empfiehlt Vorsicht bei Bemessung der Wegegebühren, die von den Ärzten oft benutzt würden, um ihre Bezüge aufzubessern. Alb. Kohn-Berlin meint, die Bereitwilligkeit der Ärzte zum Abschluß eines Tarifvertrages sei hervorgerufen durch die von den Ärzten befürchtete Sozialisierung der ärztlichen Versorgung. Bei Abschluß des Tarifs sei ein gemeinschaftlicher Kommentar nötig, um Streitigkeiten, wie beim Berliner Abkommen, zu vermeiden. Fräßdorf stellt eine Änderung des Berliner Abkommens in Aussicht. Der Arzt dürfe seine Arbeit nicht nach dem Honorar einrichten. Die zentralen Verhandlungen mit den Ärzten beginnen am 9. Dezember 1919. — Der Antrag Pollender wird angenommen.

Über die Umgestaltung der Reichsversicherungsordnung spricht Lehmann-Dresden. Das deutsche Volk sei krank aus dem Kriege hervorgegangen. Der Staat habe das größte Interesse daran, daß die Mängel am Gebäude der Sozialversicherung ausgebessert werden. Die Wohlfahrtspflege müsse dem neuen sozialen Charakter des Reiches gerecht werden. Im einzelnen wird gefordert: Die Ausgestaltung der Leistungen durch sachgemäße Verbesserung der Wochenhilfe und Einführung einer zweckmäßig gestalteten Familienkrankenpflege. Die Ausgestaltung des Umfanges der Versicherung durch Neuregelung der hausgewerblichen Krankenversicherung auf örtlicher oder bezirklicher Grundlage, Versicherungspflicht der Selbständigen und Erwerbslosen und Wegfall aller Befreiungen und Ersatzkassen. Ferner Ausgestaltung der Verwaltung durch Verbesserungen der Meldevorschriften und das Recht der Selbstabgabe aller Handverkaufs- und sonstigen Heilmittel durch die Krankenkassen. Die Neuregelung der Beziehungen zu anderen Versicherungsträgern durch Abbürdung der Lasten des Unfallheilverfahrens und der Lasten des vorbeugenden Heilverfahrens, sowie Einschränkung des Ersatzanspruches der Armenverbände. Zur Umgestaltung der Organisation der Krankenversicherung werden gefordert: Einheitskassen für jeden Verwaltungsbezirk. Zwangskassenverbände, Orts- und Bezirksverbände mit den Trägern der Sozialversicherung und Wohlfahrtspflege. — Die Vorschläge liegen in einer umfangreichen Druckschrift vor. Sie erstrecken sich auf rund 60 Paragraphen der Reichsversicherungsordnung.

Angenommen wurde ein Abänderungsantrag Scholem-Berlin, nach dem den Arbeitgebern, die ihre Pflichten vernachlässigen, nicht, wie vorgeschlagen, die Beschäftigung von Versicherungspflichtigen verboten, sondern eine Gefängnisstrafe angedroht wird. Geheimrat Düttmann-Oldenburg spricht von den Beziehungen der Kranken- zur Invalidenversicherung. Es wird folgender Entschließung zugestimmt: „Der 23. deutsche Ortskrankenkassentag in Leipzig fordert eine alsbaldige Umgestaltung der Sozialversicherung und Wohlfahrtspflege, die dem sozialen Charakter des neuen Deutschen Reiches gerecht wird und den Wiederaufbau der deutschen Volkskraft gewährleistet. Die Versicherungseinrichtungen müssen zeitgemäß um- und ausgestaltet, die Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger wirksam gesteigert werden."

Über die Tarifgemeinschaft mit den Kassenangestellten berichtete Scholich-Breslau. Nach einem Überblick über die bisherige Entwicklung der tariflichen Vereinbarungen bespricht er die vorliegenden Vorschläge. Danach sollen die Mindestanfangsgehälter betragen:

in der Ortsklasse: Einwohner	für die Gruppe: I (Mark)	II	III	IV
IV (Orte unter 10000) . .	2000	2700	2400	2175
III (Orte von 10—50000) .	3150	2850	2550	2250
II (Orte von 50—100000)	3300	3000	2700	2400
I (Orte über 100000) . .	3900	3600	3300	3000

Die Teuerungszulagen müssen mindestens betragen:

in der Ortsklasse:	für die Gruppe: I (Mark)	II	III	IV
IV . . .	1500	1350	1200	1200
III . . .	1800	1650	1500	1500
II	2100	2000	1800	1800
I	2100	2100	2100	2100

Der Hauptverband der Ortskrankenkassen habe diese Vorschläge angenommen. — Giebel-Berlin erhebt über diese Vorschläge hinausgehende Forderungen für die Angestellten und beklagt das ungenügende Entgegenkommen des Verbandes. Wenn der Streit in den Kassenverwaltungen vermieden werden solle, müsse das soziale Verständnis ein besseres sein. Fräßdorf wendet sich gegen die Mehrforderungen, auch gegen eine Verkürzung der Arbeitszeit unter acht Stunden. Die Arbeitsleistung der Angestellten sei sehr zurückgegangen. Wer streikt, verliere den Anspruch auf Pension. — Nach weiteren Erörterungen wurde folgende Entschließung angenommen:

„Der Deutsche Ortskrankenkassentag in Leipzig stimmt dem vorliegenden, vom Vorstande im Ein-

vernehmen mit dem Verbande der Büroangestellten ausgearbeiteten Tarifentwurf zu. Ziffer 8 des Tarifs tritt aber erst in Kraft, wenn auch seitens des Verbandes der Büroangestellten die Zustimmung zu diesem Entwurfe erfolgt ist. Die dem Hauptverbande angeschlossenen Unterverbände und Kassen sind verpflichtet, von allen Verhandlungen, Beschlüssen oder Durchbrechungsversuchen dieses Vertrages dem Vorstande sofort Kenntnis zu geben. Der Vorstand wird beauftragt, weitere Verhandlungen mit dem Verband der Büroangestellten zu führen, um auch über die Gehaltssätze eine Verständigung zu erzielen. Nach Schluß der Verhandlungen wird durch den Vorstand unter Zuziehung des Beirats der Zeitpunkt des Inkrafttretens des Tarifvertrags festgesetzt."

Die Arznei- und Heilmittelversorgung der Krankenkassen bespricht Lehmann-Dresden. Die mit den Apothekern gepflogenen Verhandlungen haben so große Gegensätze ergeben, daß an eine befriedigende Verständigung nicht gedacht werden kann. — Auch hierüber fanden weitere Erörterungen statt, worauf folgende Entschließung angenommen wurde: „Um einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit der Kassen entgegenzuwirken, werden die Kassenvorstände dringend ersucht, folgende Maßnahmen zu treffen: Die Ärzte sind ständig zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise anzuregen. Jeder Vielgeschäftigkeit ist entschieden entgegenzutreten. Die Versicherten sind vor der Überschätzung eines übertriebenen Arzneiverbrauchs zu warnen und ihr Verantwortlichkeitsgefühl für eine sachgemäße Verwendung der Kassenmittel zu stärken. Mit den Apothekern und anderen Arznei- und Heilmittellieferanten sind Lieferungsbedingungen zu vereinbaren, die der Stellung der Krankenkassen als Großabnehmer und soziale Körperschaften entsprechen. Wo ausreichende Bedingungen nicht gewährt werden, ist die Selbstabgabe der Handverkaufsmittel, der Verbandstoffe sowie der Heil- und Stärkungsmittel restlos durchzuführen. Von der Gesetzgebung wird gefordert: Die Erzeugung und der Vertrieb von Arzneien und Heilmitteln ist nach gemeinnützigen Grundsätzen zu organisieren. Bis zu deren Durchführung ist den Krankenkassen das Recht der Selbstabgabe aller Handverkaufs- und sonstigen Heilmittel zu gewähren."

Über die Vereinbarungen mit den Landesversicherungsanstalten über das Heilverfahren sprach Direktor Alb. Kohn-Berlin. Die Abmachungen liegen in einer umfänglichen Druckvorlage vor. Sie enthalten allgemeine Bestimmungen, Gewährung von Heilmitteln (Zahnersatz, künstliche Glieder usw.), Ständige Heilbehandlung (Lungenheilstättenkuren usw.), Krankheitsverhütung. Dem Vertrage wird zugestimmt. — Über die Gründung des Pensionsversicherungsvereins Deutscher Krankenkassen, der am 1. Januar 1919 seine Tätigkeit aufnahm, spricht Adolf Bendig-Berlin.

Bei den Satzungsänderungen wurde beschlossen, die Verbandsbeiträge von 1 auf 1½ Pf. je Jahr und Mitglied zu erhöhen. — Anwesend waren 670 Vertreter. — Am letzten Verhandlungstage fand noch eine Besprechung der Kassenvorsitzenden und geschäftsführenden Beamten über Verwaltungs- und Rechtsfragen aus der Krankenversicherung statt.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Zum Begriffe des „Lebens in häuslicher Gemeinschaft" im Sinne des § 205a RVO.

1. **Nach N.** Antwort: a) Da die Wöchnerin als Dienstmädchen über vier Jahre außerhalb der häuslichen Gemeinschaft der verwitweten Mutter gelebt hat und erst vier Wochen vor ihrer Niederkunft sich dort eingefunden hat, so ist anzunehmen, daß sie die Häuslichkeit ihrer Mutter nur im Hinblick auf die bevorstehende Niederkunft aufgesucht und bei dieser Niederkunft zwar in der mütterlichen Wohnung aufgehalten, nicht aber dort „in häuslicher Gemeinschaft gelebt", d. h. den Mittelpunkt ihrer Lebensverhältnisse gehabt hat. Ein Anspruch auf Wochenhilfe auf Grund der Mitgliedschaft der Mutter (§ 205a RVO. ist daher nicht begründet. Die Wöchnerin wird auf den Anspruch zu verweisen sein, der ihr auf Grund ihrer eigenen Versicherung möglicherweise (§ 195a) gegen die Kasse ihres Dienstortes zusteht.

b) Der Haushalt, den ein auswärts arbeitender Mann für sich und zugleich für seine Familie unterhält und in den er selbst nur ab und zu einkehrt, ist immerhin sein Haushalt (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 528 Ziff. 15), und man darf daher wohl auch sagen, daß die Familienmitglieder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft im Sinne des § 205a RVO. leben.

„Leben in häuslicher Gemeinschaft." — Wochenhilfe und Wochenfürsorge schließen sich aus.

2. **Nach Ilfeld.** Antwort: Ein Anspruch auf Wochenhilfe aus § 195a RVO. kommt nicht in Frage, da die Wöchnerin nicht versichert ist. Ob sie in häuslicher Gemeinschaft mit ihrem Ehemanne lebt, interessiert nicht, weil auch dieser keiner Kasse angehört und daher keinen Anspruch auf Wochenhilfe für seine Frau hat (§ 205a). Übrigens kann von einer häuslichen Gemeinschaft zwischen den Eheleuten nicht die Rede sein, wenn die Frau mit ihren zwei Kindern an einem anderen Orte lebt als der Mann und dieser, als Invalide ohne Beruf und Einkommen, sich dauernd bei seinem Vater aufhält, so daß es ausgeschlossen ist, den Haushalt der Frau zugleich als Haushalt des Mannes anzusehen. Für die Frage aber, ob die Frau Anspruch auf Familienwochenhilfe auf Grund der Kassenmitgliedschaft ihres Vaters hat, lassen Ihre Angaben geradezu das Wichtigste vermissen, nämlich ob sie mit ihren Kin-

dern bei ihrem Vater lebt. Ist dies der Fall, so ist häusliche Gemeinschaft anzunehmen und der Anspruch aus § 205a begründet, obwohl es sich um eine Ehefrau handelt, die eigentlich mit ihrem Manne in häuslicher Gemeinschaft leben sollte. Es kommt lediglich darauf an, wie die Verhältnisse tatsächlich liegen, nicht wie sie eigentlich liegen sollten. Lebt aber die Frau mit den Kindern allein, so kann nur Wochenfürsorge auf Grund der Minderbemitteltheit (§§ 17 ff. Ges. v. 26. 9. 19) in Frage kommen. Eine Wahl zwischen Familienwochenhilfe und Wochenfürsorge, wie Sie sie als möglich unterstellen, ist schlechthin ausgeschlossen; denn diese Fürsorge für minderbemittelte Wöchnerinnen tritt nach § 17 nur für diejenigen ein, „für die nach den vorstehenden Vorschriften kein Anspruch auf Wochenhilfe besteht".

Wochengeld für eine Zeit vor der Niederkunft, wenn diese Zeit zum Teil vor dem 1. 10. 19 liegt.

3. **Nach Meseritz.** Antwort: Das Gesetz v. 26. 9. 19 ist nach § 24 Abs. 2 mit dem 1. 10. 19 in Kraft getreten. Sondervorschriften sind in diesem Abs. 2 nur für den Fall enthalten, daß die Wöchnerin vor dem 1. 10. 19 entbunden ist. Ist sie unter der Herrschaft des Gesetzes v. 26. 9. 19 entbunden, so bemessen sich die Ansprüche auf Wochenhilfe ausschließlich nach diesem Gesetze. Das gilt für den Anspruch auf Wochengeld auch dann, wenn dieses zum Teil — bis zur Dauer von vier Wochen — für die Zeit vor der Niederkunft gezahlt wird (§ 195a Ziff. 2 RVO.) und diese Zeit ganz oder teilweise vor dem 1. 10. 19 liegt. Denn für den gesamten Anspruch auf Wochengeld bildet erst die Niederkunft den Entstehungsgrund. Wenn also die Kasse sich entschlossen hat, der am 6. Oktober 1919 entbundenen Wöchnerin das Wochengeld für die diesem Tage vorangegangenen vier Wochen — also vom 8. September ab — sofort zu gewähren (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 5 zu § 195 RVO.), so muß sie dieses Wochengeld, auch soweit es in die Zeit vor dem 1. 10. 19 fällt, nach dem neuen Gesetze bemessen.

Zur Anwendung des § 212 RVO. beim Bezuge von Familienwochenhilfe nach § 205a RVO.

4. **Nach Storkow.** Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung bei. Bei der Niederkunft der Frau am 8. 11. 19 war der Ehemann Mitglied Ihrer Kasse. Der dadurch für die ganze gesetzliche Dauer entstandene Anspruch auf die Leistungen der Familienwochenhilfe nach § 205a RVO. wurde nicht dadurch berührt, daß der Mann während des Bezugs der Wochenhilfe für seine Frau erwerbslos aus der Kasse ausschied. Wurde er dann, gleichfalls noch während des Bezugs der Familienwochenhilfe, durch Eintritt in ein versicherungspflichtiges Versicherungsverhältnis Mitglied einer anderen Kasse, so hatte diese die weitere Leistung der Wochenhilfe auf Grund des § 212 RVO. zu übernehmen. Allerdings war der Ehemann beim Eintritt in diese andere Kasse nicht mehr ein „Versicherter" im strengen Sinne des Wortes, insbesondere nicht Mitglied jener Kasse, aus der er erwerbslos ausgeschieden war. Allein nach Sinn und Zweck des § 212 muß es genügen, daß damals in dem Bezuge der Familienwochenhilfe noch eine fortdauernde Wirkung der früheren Versicherung bestand — wie wir dies im Heft 1 von 1920 S. 14, 15 näher begründet haben.

Beitragsfreiheit während des Bezugs von Familienwochenhilfe (§§ 205a, 383 RVO.)?

5. **Nach Goslar.** Frage: Sind für ein versicherungsberechtigtes (versicherungsfreies) Mitglied unserer Kasse, das Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 des Gesetzes v. 26. 9. 19, § 205a RVO. hat, nicht aber Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a RVO., weil die hier erwähnten Voraussetzungen nicht zutreffen, für die Zeit des Wochengeldbezuges auf Grund des § 10 des Gesetzes vom 26. 9. 19 Beiträge zu zahlen? Nach § 383 Satz 2 RVO. sind während des Bezuges des Wochengeldes usw. keine Beiträge zu entrichten.

Antwort: Man könnte geneigt sein, Beitragsfreiheit anzunehmen im Hinblick auf den Zweck des § 383 Abs. 2 RVO., wonach die Wöchnerin während des Bezugs von Wochen- oder Schwangerengeld als arbeitsunfähig angesehen und hinsichtlich der Beitragspflicht in gleicher Weise behandelt werden soll, wie im Falle des Bezugs von Krankenhilfe bei bestehender Arbeitsunfähigkeit nach Abs. 1. Aber die Beitragsfreiheit nach Abs. 1 und folglich auch nach Abs. 2 ist doch nur der Versicherten und dem Arbeitgeber der Versicherten zugedacht, die auf Grund ihrer Versicherung Krankenhilfe oder Wochen- oder Schwangerengeld bezieht. Auch für eine tatsächlich arbeitsunfähige Wöchnerin besteht daher dann kein Anspruch auf Beitragsfreiheit, wenn die Voraussetzung einer hinreichend langen Krankenversicherung im Sinne des § 195a RVO. nicht erfüllt ist (ArbVers. 1916 S. 96 Ziff. 13), und ebenso dann nicht, wenn für sie zwar ein Anspruch auf Wochenhilfe begründet ist, aber nicht auf Grund ihrer Versicherung, sondern auf Grund der Versicherung ihres Ehemannes oder Vaters oder ihrer Mutter nach § 205a RVO.

Ansprüche der Hebammen für Mühewaltungen auf Grund des Ges. v. 26. 9. 19.

6. **Nach L.** Antwort: Grundsätzlich beschränkt sich die Leistungspflicht der Krankenkasse hinsichtlich der Kosten der Entbindung und der Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden auf den Beitrag von 50 ℳ und auf die Beihilfe bis zum Betrage von 25 ℳ nach § 195a Ziff. 1 und 3 RVO. (§ 205a RVO., § 19 Ges. v. 26. 9. 19). Die Kassen können aber allgemein beschließen, statt dieser Barbeträge freie Behandlung durch Hebamme und Arzt sowie die erforderliche Arznei bei der Niederkunft und bei Schwangerschaftsbeschwerden zu gewähren (§ 195c). Hat die Kasse einen solchen Beschluß gefaßt, so ist es ihre Sache, dafür zu sorgen, daß den Wöchnerinnen die erforderlichen Sachleistungen im Einzelfalle tatsächlich zuteil werden. Der Regel nach wird sie zu diesem Zwecke auch mit Hebammen (wie mit Ärzten) Verträge schließen müssen, durch welche diese zu jenen Leistungen verpflichtet werden. Ist dies nicht geschehen, so bleibt es der Wöchnerin oder ihren Angehörigen überlassen, sich an eine Hebamme zu wenden und von der Kasse, gegebenenfalls über jene Barbeträge hinaus, Ersatz der vollen Kosten, selbstverständlich in den Grenzen des Notwendigen, zu fordern. Dies folgt aus dem Begriff der „freien", d. h. der kostenfreien Behandlung, auf welche die Wöchnerin gemäß dem Beschlusse der Kasse (§ 195c) Anspruch hat. Von diesen allgemeinen Gesichtspunkten aus ist zu den einzelnen Punkten der Anfrage folgendes zu bemerken: 1. Zahlungspflichtig gegenüber der Hebamme ist grundsätzlich derjenige, der ihre Dienste in Anspruch nimmt, also insbesondere die Wöchnerin oder der Versicherte, in dessen häuslicher Gemeinschaft sie als Ehefrau oder Tochter usw. lebt. Aber die Hebamme kann sich auch unmittelbar an die Kasse halten, und zwar aus dem Rechtsgrunde der Geschäftsführung ohne Auftrag oder der ungerechtfertigten Bereicherung, da sie durch ihre Dienste einen Aufwand bestritten hat, zu dem

gesetzlich die Kasse verpflichtet war (§§ 677, 679, 683, 812, 818 Abs. 2 BGB.; zu vgl. hinsichtlich der entsprechenden Rechtslage bei Ärzten: Hahn in ArbVers. 1900 S. 1, 1904 S. 285, 1906 S. 379, sowie Stein das. 1915 S. 834). — 2. Eine Verpflichtung der Hebammen, sich nur an die Kasse zu halten, wird nicht dadurch begründet, daß die Kasse einen Beschluß nach § 195c RVO. gefaßt hat. Dieser Beschluß ist nur von Bedeutung für die Ansprüche der Wöchnerinnen gegen die Kasse und berührt in keiner Weise das Verhältnis der Hebammen zu ihren Auftraggebern oder zur Kasse. — 3. Die Hebammen sind nicht verpflichtet, für Kassenmitglieder oder deren Angehörige die Behandlung nach den Mindestsätzen der für den dortigen Bezirk geltenden amtlichen Taxe zu übernehmen, und sie können hierzu insbesondere nicht im Aufsichtswege angehalten werden. Die Hebammen sind selbständige Gewerbetreibende, die nicht gehindert sind, die Höhe der Vergütung für ihre Dienste mit dem, der sie nachsucht, zu vereinbaren; die Taxe gilt nur beim Mangel einer Vereinbarung (§ 612 BGB.). — 4. Daß bei der Familienwochenhilfe das Reich die Hälfte der Kosten trägt, mag es rechtfertigen zu sagen, daß die Zahlung zur Hälfte „aus Staatsfonds" und zur anderen Hälfte „aus den Mitteln einer Krankenkasse" zu leisten ist. Aber dieser Umstand verpflichtet die Hebamme nach den für den dortigen Bezirk geltenden Bestimmungen nur dann, sich auf die Mindestsätze zu beschränken, wenn sie für eine anspruchsberechtigte Versicherte oder Angehörige eines Versicherten tätig geworden ist, ohne eine Vereinbarung über die Vergütung getroffen zu haben (vgl. Punkt 3), oder wenn sie sich unmittelbar an die Kasse halten will (vgl. Punkt 1, und hinsichtlich der entsprechenden Rechtslage bei Ärzten: ArbVers. 1916 S. 854, 1917 S. 181, 1918 S. 399 Ziff. 1). — 5. Die Hebamme ist verpflichtet, ihren Anspruch für Dienstleistungen und Auslagen durch Anführung der Einzelleistungen in der Rechnung zu begründen (zu vgl. hinsichtlich der Ärzte: ArbVers. 1916 S. 70 Ziff. 11). Diese Pflicht hat sie gegenüber demjenigen, von dem sie die Vergütung fordert. Hält sie sich an die Wöchnerin, so muß diese darauf dringen, daß ihr eine ordnungsmäßige Rechnung behufs Weitergabe an die Kasse ausgestellt wird, da die Kasse sonst nicht in der Lage ist, den gegen sie erhobenen Erstattungsanspruch zu prüfen und festzustellen. — 6. Wenn die Gebührenordnung den Satz von 75 Pf. „für ein schriftliches Zeugnis außer der Gebühr für die Untersuchung oder den Besuch" festsetzt, so halten wir für unbedenklich, daß diese Gebühr der Hebamme auch für die Bescheinigung, daß die Wöchnerin ihr Kind stillt, zu gewähren ist. Denn die schriftliche Bestätigung dieser Tatsache geht über die Mühewaltung der bloßen Untersuchung oder des Besuchs hinaus.

Fortzahlung der Kassenbeiträge bis zur Abmeldung. — Fragen, betr. Ges. v. 26. 9. 19.

7. Allg. OKK. G. Antwort: a) Der frühere Arbeitgeber hatte nach § 397 Abs. 1 RVO. die Beiträge noch über die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses hinaus bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen. Wenn aber dieselben Arbeiter bei derselben Kasse von einem anderen Arbeitgeber angemeldet worden waren, und zwar unter solchen Umständen, daß die Kasse daraus die Beendigung des früheren Beschäftigungsverhältnisses zweifelsfrei erkennen und ihre Register hiernach berichtigen konnte, so war hiermit jedes Interesse an der Abmeldung durch den früheren Arbeitgeber erledigt, so daß hiermit auch seine Beitragspflicht erlöschen mußte. Zu vgl. ArbVers. 1919 Heft 10 S. 195 und Heft 16 S. 315 Ziff. 3.

b) Wegen des Anspruchs bei Fehlgeburt verweisen wir auf 1919 Heft 36 Ziff. 7b.

c) Die Krankenkassen sind im Falle der Wochenfürsorge (§ 17 Ges. v. 26. 9. 10) zur Geltendmachung des Ersatzanspruchs des Reichs gegen den Vater des unehelichen Kindes oder gegen andere Unterhaltspflichtige (§ 21) nicht berufen. Die amtlichen Erläuterungen (ArbVers. 1920 Heft 2 S. 31 ff.) bemerken allerdings zu § 21: „Die Rechte des Reichs werden von den Krankenkassen in gleicher Weise geltend zu machen sein wie ihre eigenen Rechte auf Grund des § 205c." Das ist eine haltlose Erfindung, auf welche sich einzulassen für die Kassen gefährlich ist. Sie haben auf Grund des § 20 zwar einen Erstattungsanspruch gegen das Reich; gegenüber dem Vater des unehelichen Kindes aber fehlt ihnen jede Möglichkeit, zur Geltendmachung eines Anspruchs aus eigenem oder vom Reich abgeleiteten Rechte, und sie müßten mit einer Klage vor den ordentlichen Gerichten unbedingt kostenpflichtig abgewiesen werden.

d) Wenn sowohl die Voraussetzungen für einen Anspruch der Wöchnerin nach § 195a RVO. als auch für Familienwochenhilfe nach § 205a gegeben sind, so hat die Wöchnerin die Wahl zwischen beiden Ansprüchen, nicht aber ein Recht auf doppelte Leistungen. Zu vgl. ArbVers. 1919 S. 618 Ziff. 3a und Müller, S. 705 gegen Hoffmann S. 646.

Einwirkung des Ges. v. 26. 9. 19 auf Ansprüche aus einer Niederkunft vor dem 1. 10. 19.

8. Nach Bünde. Antwort: Wir halten unsere Auskunft im Heft 32 von 1919 S. 634, 635 Ziff. 5, die wir dann im Heft 35 S. 696 Ziff. 1 noch näher begründet haben, auch gegenüber der abweichenden Auslegung der inzwischen bekanntgegebenen amtlichen Erläuterung (vgl. Heft 2 vom 1920 S. 36) aufrecht. Diese abweichende Auslegung steht im Widerspruch mit der Fassung des Gesetzes und mit dem von uns dargelegten Zusammenhange der einzelnen Sätze des § 24 Ges. v. 26. 9. 19. Unsere Auffassung wird auch geteilt vom bayerischen Ministerium für soziale Fürsorge. Zu vgl. Erlaß vom 19. 10. 19 in ArbVers. 1919 Heft 34 S. 669 unter 4c, wo bemerkt ist: „Ist die Bezugsdauer für Wochengeld und Stillgeld zwar nach den alten Vorschriften bereits abgelaufen, nicht aber bei Zugrundelegen der Vorschriften des neuen Gesetzes nach diesem, so erhält die Wöchnerin diese Leistungen bis zum 1. Oktober 1919 (nicht länger!) weitergewährt." Zu vgl. auch das dort angeführte Beispiel.

Familienwochenhilfe nach § 205a RVO. für eine verheiratete Frau, die in häuslicher Gemeinschaft mit ihrem Vater lebt.

9. Nach Wiesbaden. Antwort: Der Irrtum in der Auskunft Heft 33 von 1919 S. 659 Ziff. 4a ist bereits im Heft 36 S. 717 Ziff. 1 berichtigt. — Wenn die Frau, weil der Mann auswärts arbeitet und wohnt und infolgedessen ein gemeinschaftlicher ehelicher Hausstand nicht besteht, bis auf weiteres in der häuslichen Gemeinschaft ihres Vaters lebt und dort niedergekommen ist, so hat sie Anspruch auf Wochenhilfe nach § 205a RVO. in ihrer Eigenschaft als Tochter des versicherten Vaters gegen die Kasse, der der Vater angehört, und nicht gegen die Kasse, bei der der Ehemann versichert ist. Daß der Mann regelmäßig den Sonntag im Hause seiner

Schwiegereltern verlebt, macht deren Haushalt nicht zu dem seinigen. Die hiernach leistungspflichtige Kasse des Vaters kann nicht anteilige Erstattung nach § 197 RVO. von der Kasse des Ehemanns fordern. Denn die im § 205a Abs. 2 vorgeschriebene entsprechende Anwendung des § 197 bedeutet, daß diejenigen Kassen erstattungspflichtig sind, denen der Haushaltungsvorstand, also im vorliegenden Falle der Vater der Wöchnerin, in dem Jahre vor der Niederkunft angehört hatte. Hieran wird auch dadurch nichts geändert, daß der Ehemann der Wöchnerin bei seiner Kasse Zusatzbeiträge nach § 15 Ges. v. 26. 9. 19 zahlt. Diese Beiträge werden, wie der Hinweis auf § 205b RVO. klar ergibt, nicht wegen der Familienwochenhilfe, sondern wegen der Krankenhilfe und des Sterbegeldes für Familienangehörige des Versicherten erhoben.

Zur Versicherungspflicht der Bühnenmitglieder.

10. Nach Breslau. Frage: In der „Ortskrankenkasse" 1920 Sp. 25 ist als Inhalt des Aufsatzes von Hahn (ArbVers. 1919 Heft 29) angegeben: „Bühnenmitglieder im Sinne der RVO. sind Personen, die an einem gewerbsmäßigen Unternehmen zur Aufführung von Vorstellungen aller Art tätig sind. Voraussetzung für die Versicherungspflicht des einzelnen ist, daß er in einem dauernden persönlichen Abhängigkeitsverhältnis steht." Ist wirklich Gewerbsmäßigkeit des Unternehmens und dauerndes Abhängigkeitsverhältnis Voraussetzung der Versicherungspflicht der Bühnenmitglieder?

Antwort: Nein! Dem Berichterstatter der „Ortskrankenkasse" ist es trefflich geglückt, von dem Inhalt des Hahnschen Aufsatzes auch nicht annähernd eine Vorstellung zu geben, dafür aber in zwei Sätzen zwei von dem Verfasser vertretene Meinungen genau in ihr Gegenteil zu verkehren. Ausdrücklich ist auf S. 563 Sp. 2 (unten) dargelegt, daß die Vorstellungen nicht „gewerbsmäßig" dargeboten zu werden brauchen; und auf S. 566 Sp. 1 ist der Auffassung, daß das Abhängigkeitsverhältnis des Darstellers von einem Arbeitgeber „auf die Dauer berechnet" sein müsse, entgegengetreten.

Weiterversicherung „ausgesteuerter", noch weiterhin arbeitsunfähiger Mitglieder (§ 313 RVO.).

11. Nach Ratibor. Antwort: Arbeitsunfähige, die aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden sind, bleiben Mitglieder, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat (§ 311 RVO.). Für sie kann daher Weiterversicherung nach § 313 erst in Frage kommen, wenn sie keinen Anspruch auf Leistungen mehr haben, insbesondere also, wenn sie die Leistungen bereits für die volle satzungsmäßige Dauer bezogen haben. Daß sie von diesem Rechte keinen Gebrauch machen dürften, wenn sie in dem bezeichneten Sinne „ausgesteuert" und noch weiterhin arbeitsunfähig sind, läßt sich aus keiner Vorschrift begründen.

In welcher Lohnstufe sind die Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. fortzuzahlen?

12. Nach Halle a. S. Antwort: Im ersten Punkte halten wir die Versicherungspflicht der Frau aus den von Ihnen angeführten Gründen für ganz zweifelsfrei. — Zum zweiten Punkte bemerken wir: Die Vorschrift des § 397 Abs. 1 RVO., daß „die Beiträge" bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen sind, ist selbstverständlich auf diejenigen Beiträge zu beziehen, die der Arbeitgeber zur Zeit der Beendigung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses einzuzahlen gesetzlich verpflichtet war. War vor diesem Zeitpunkt eine Lohnänderung eingetreten, durch welche eine Erhöhung der Lohnstufe erst mit der nächsten Beitragszahlung wirksam wurde (§ 318 Abs. 3 RVO.), und wurde diese Zahlung erst nach dem Austritt aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung fällig, so ist eine Verpflichtung des Arbeitgebers zur Zahlung des der höheren Lohnstufe entsprechenden Beitrags überhaupt nicht entstanden, so daß er auch nicht verpflichtet sein kann, diesen höheren Beitrag „fortzuzahlen". Er hat nur den niedrigeren Beitrag bis zur Abmeldung zu entrichten. Daran ändert auch der Umstand nichts, daß er die Lohnerhöhung nicht gemeldet hatte.

Zur Krankenversicherung nach der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge.

13. Nach Graudenz. Antwort: a) Nach § 12a der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge (Fassung v. 18. 4. 19, ArbVers. Heft 23 S. 452) hat die Gemeinde, wenn sie die Aufrechterhaltung der Versicherung des Erwerbslosen versäumt und dieser dadurch den Anspruch auf Krankenhilfe versäumt, ihm die gleiche oder gleichwertige Krankenhilfe zu gewähren. Diese durch die zweimalige Anwendung des Wortes „Krankenhilfe" betonte Beschränkung der Leistungspflicht der Gemeinde schließt es völlig aus, daß die Gemeinde auf Grund ihrer Säumnis auch zu Leistungen verpflichtet sein könnte, die, wie z. B. die Familienwochenhilfe, nicht zur Krankenhilfe gehören.

b) Der Abs. 4 des § 12b der Verordnung bezieht sich auf den Fall, daß gemäß Abs. 1 Erwerbslose bei einer durch Vereinbarung bestimmten Kasse versichert werden. In solchem Falle kann es vorkommen, daß dem Erwerbslosen Ansprüche gegen diese Kasse auf Versicherungsleistungen erwachsen, während er noch gegen eine andere Kasse Anspruch auf die Regelleistungen auf Grund des § 214 RVO. hat. Alsdann entfällt nach dem erwähnten Abs. 4 der Anspruch aus § 214. Ein solches Zusammentreffen zweier Ansprüche liegt aber nicht vor, wenn die Gemeinde es versäumt hat, den Erwerbslosen weiterzuversichern. Infolgedessen bleibt sein Anspruch gegen die frühere Kasse aus § 214 in Kraft, und es kann nicht die Gemeinde gemäß § 12a Abs. 2 der Vrdg. zu einer Leistung herangezogen werden; denn diesen Anspruch auf Krankenhilfe hat der Versicherte infolge der Säumnis der Gemeinde gerade behalten und nicht, wie § 12a Abs. 2 voraussetzt, verloren.

Nachentrichtung von Beiträgen zur Angestelltenversicherung.

14. Nach Hohen-Luckow. Antwort: Die Erzieherin ist als solche oder als Lehrerin versicherungspflichtig nach § 1 AngestVersGes. Da sie in zwei Familien gegen Entgelt unterrichtet, liegt der Fall des § 177 vor. Die Arbeitgeber hatten die danach zu zahlenden Beiträge durch Markenverwendung nach näherer Vorschrift des § 187 am Monatsschlusse oder nach der Bekanntmachung v. 31. 10. 12 Ziff. 2 (Reichsanzeiger 1912 Nr. 262) spätestens bis zum 15. des auf das Kalendervierteljahr folgenden Monats zu entrichten. Zu diesem Zwecke hatte sich die Versicherte eine Versicherungskarte nach § 188 ausstellen zu lassen. Die Arbeitgeber hatten an sich keine Pflicht dazu, mußten aber, um einer Bestrafung nach § 340 zu entgehen, nötigenfalls die

Karte selbst beschaffen (§ 188 Satz 4). Da bisher jede Beitragsentrichtung, wie die Beschaffung einer Versicherungskarte durch die Versicherte oder ihre Arbeitgeber, unterblieben ist, kann dies für zwei zurückliegende Jahre noch jetzt nachgeholt werden (§ 205). Das wird freilich zu der Erwägung seitens der Versicherungsanstalt führen, ob nicht Anlaß zu einer Bestrafung nach § 340 vorliegt. Die Bestrafung muß nicht unbedingt erfolgen, da die „Kann-Vorschrift" des § 340 sie in das pflichtmäßige Ermessen der Versicherungsanstalt stellt. Rechtsunkenntnis allein schützt aber nicht ohne weiteres vor der Strafe. Ob und welche entschuldigenden Umstände etwa geltend gemacht werden können, läßt sich aus Ihren Angaben nicht entnehmen. Die Versicherte hat eine Bestrafung wegen Unterlassens der Beschaffung einer Versicherungskarte nicht zu befürchten. Sie kann nur durch Androhung und nötigenfalls Festsetzung einer Geldstrafe bis zu 10 M dazu angehalten werden (§ 188 Satz 3).

Anspruch auf Gewährung und Instandhaltung von künstlichen Gliedmaßen nach den Beamten-Unfallfürsorge-Gesetzen.

15. **Nach Graudenz.** Antwort: Nach § 1 Abs. 4 des preuß. Beamten-Unf. Färs. Ges. vom 2. 6. 02 (Ges. S. S. 153) sind — ebenso wie nach § 1 Abs. 6 des Reichsges. vom 18. 6. 01 (RGBl. S. 211) — dem verletzten Beamten außer der Rente die noch erwachsenden „Kosten des Heilverfahrens" zu gewähren. Dabei ist in beiden Gesetzen ausdrücklich auf § 9 Abs. 1 Ziff. 1 des GewUnfVersGes. von 1900 (RGBl. S. 585) verwiesen. Die aus dieser Vorschrift zu entnehmende Pflicht zur Gewährung der zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Unfallfolgen erforderlichen Hilfsmittel schließt auch die Pflicht zu deren Instandhaltung und Erneuerung in sich (zu vgl. Entsch. des RVA. 2005, Amtl. Nachr. 1903 S. 476). Nun handelt es sich im vorliegenden Falle allerdings um einen Unfall aus dem Jahre 1897. Damals galt das preuß. Ges. v. 18. 6. 87 (Ges. S. S. 282), dessen entsprechende Vorschrift im § 1 Abs. 4 eine ausdrückliche Verweisung auf das damals geltende UnfVersGes. von 1884 nicht enthielt; und es ist zuzugeben, daß die Ansprüche des Verletzten sich nach dem zur Zeit des Unfalls geltenden Gesetze bemessen. Aber es ist nicht anzunehmen, daß der in den neueren Gesetzen enthaltene Hinweis auf den § 9 Abs. 1 Ziff. 1 GewUnfVersGes. die Bedeutung einer Rechts*neuerung* hatte. Vielmehr ergibt schon die Fassung des lediglich in Klammern gestellten Hinweises, daß hiermit der Begriff des „Heilverfahrens", wie er schon in den älteren Gesetzen verwendet war, maßgebend erläutert werden sollte. Daß er bei einem Verletzten, der durch den Unfall beide Beine eingebüßt hat, auch die Gewährung der erforderlichen künstlichen Gliedmaßen umfaßte (zu vgl. Entsch. des RVA. 1861, Amtl. Nachr. 1901 S. 398), halten wir nicht für zweifelhaft. Er hat daher auch Anspruch auf Erstattung der vollen Kosten für die Instandhaltung.

Kassenzuschuß zu einem „Obturator".

16. **Nach Eisleben.** Frage: Ein Kassenmitglied mit Wolfsrachen und Hasenscharte hat sich auf kassenärztliche Anordnung in der Klinik zu Halle einen Obturator — künstlichen Gaumenverschluß mit teilweisem Zahnersatz — anfertigen lassen. Die Kosten betragen 320 M. Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt hat sich bereit erklärt, drei Achtel der Kosten zu übernehmen; die Krankenkasse hat auf Beschluß des Vorstandes 60 M zu den Kosten bewilligt. Das Kassenmitglied ist mit dem geringen Zuschuß nicht zufrieden, zumal es minderbemittelt und infolge Streiks erwerbslos ist. Außerdem hat ihm das Hin- und Herreisen nach Halle zum Anprobieren des Obturators große Unkosten verursacht. Kann die Kasse im Streitverfahren zu einem höheren Kostenbeitrag verurteilt werden? Ist überhaupt ein Streitverfahren angängig?

Antwort: Dient im vorliegenden Falle der Obturator zur Heilung oder Linderung eines Leidens, so würde er ein „Heilmittel" sein, und der Versicherte hätte keinen Anspruch auf seine Gewährung oder auf einen Zuschuß zu den Kosten, da es sich nicht um ein kleineres Heilmittel handelt (§ 182 Ziffer 2 RVO.). Doch kann die Satzung einen solchen Zuschuß besonders zubilligen (§ 193 RVO.). Ist die Vorrichtung aber — was nötigenfalls durch Einholung einer gutachtlichen Äußerung des Arztes noch festzustellen sein würde — ein sogenanntes „Hilfsmittel", das heißt dazu bestimmt, die Folgen einer Verunstaltung und Verkrüppelung abzuschwächen, so besteht ein Anspruch nur dann, wenn die Satzung ihn ausdrücklich zubilligt (§ 187 Ziffer 3 RVO.). Die Frage ist also nur auf Grund der Satzung zu beantworten. An sich kann jeder Versicherte, der einen Anspruch auf Kassenleistungen zu haben glaubt, ein Streitverfahren herbeiführen.

Heutige Geltung des Regulativs für Kassenbeamte.

17. **Nach Nauen.** Antwort: Das Regulativ galt nur für solche Kassenbeamte, die die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten hatten (vgl. Erlaß des preußischen Handelsministers in der ArbVers. 1914 S. 186). Da nach der Verordnung vom 5. Februar 1919 (ArbVers. 1919 S. 126) solche Beamten nicht mehr angestellt werden, so kann auch eine Neuanstellung nach dem Regulativ nicht mehr stattfinden. Dieses könnte nur noch für ältere Beamte gemäß §§ 8, 9 Verordnung vom 28. Juni 1919 (ArbVers. Heft 21 S. 412) wieder Geltung erlangen.

Arbeitsverhältnis des früheren Geschäftsinhabers zum Übernehmer des Geschäfts.

18. **Nach G.** Frage: Ein Geschäftsinhaber hat sein Geschäft an seinen früheren Gehilfen (Schlosser) verkauft. Der hinzugekommene zweite Geschäftsteilhaber ist Schmied, vermag aber die in Frage kommenden Spezialarbeiten nicht zu schmieden, sondern nur die Fertigbearbeitung zu erledigen. Der frühere Inhaber, nebenbei bemerkt, gut situiert und auf Lohnarbeit nicht angewiesen, glaubt verpflichtet zu sein (um „die Existenz nicht in Frage zu stellen"), den Schmied in besonderen und schwierigen Arbeiten auszubilden, und ist daher mit tätig gegen einen Stundenlohn von 2,80 M. Aus der Art dieser Beschäftigung läßt sich jedoch ein bestimmter Wochen- oder Jahresarbeitsverdienst angeblich nicht herleiten, und die Dauer der Mithilfe richtet sich danach, wie der Auszubildende die benötigten Kenntnisse erlangt hat (angeblich längstens in einem halben Jahr). Der frühere Geschäftsinhaber wird hier angemeldet und wir meinen, daß in diesem Falle Genannter nicht als gewöhnlicher Arbeiter anzusehen und diese Art der Beschäftigung eine gehobene, also als die eines Werkmeisters anzusprechen ist. Würde man nun den Jahresarbeitsverdienst zugrunde legen — wie sonst anders —, so bestünde gemäß § 165 RVO. Versicherungsfreiheit. Ist unsere Ansicht richtig?

Antwort: Man wird zwei Fälle zu unterscheiden haben. Bildet die Herstellung der von dem früheren Geschäftsinhaber gefertigten Arbeiten den Gegenstand seiner Tätigkeit, kommt es also darauf an, daß er mitwirkt an der Anfertigung der Erzeugnisse, damit diese den Kunden geliefert werden können, so besteht ein Arbeitsverhältnis, für das es unerheblich ist, welche Stellung jener früher im Geschäft einnahm. Nimmt er hierbei keine leitende Stellung ein, bildet vielmehr Handarbeit seine hauptsächliche Tätigkeit im Geschäft, so ist er kein Werkmeister, sondern Arbeiter oder Gehilfe. Kommt es aber bei seiner Tätigkeit weniger darauf an, daß er bei der Anfertigung der Erzeugnisse mitwirke, als darauf, daß er den Käufer darin unterweise, wie sie anzufertigen seien, so würden wir ein Arbeitsverhältnis überhaupt verneinen. Dann würde seine Tätigkeit in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Kaufvertrag stehen und einen Teil der Ausführung des Vertrages bilden, dessen Zweck ohne die Unterweisung nicht erreicht werden könnte. In diesem Falle würde keine Versicherungspflicht bestehen. Wir neigen nach Ihren Angaben zur Auslegung der getroffenen Abmachung im letzteren Sinne.

§ 214 RVO. gewährt auch Anspruch auf Wochenhilfe.

19. Nach Belzig. Frage: Besteht Anspruch auf Wochenhilfe innerhalb drei Wochen nach der Abmeldung? In einer Erstattungssache gemäß § 197 RVO. hat die Niederkunft innerhalb drei Wochen nach der Abmeldung stattgefunden. Eine Fortsetzung der Mitgliedschaft nach § 313 RVO. ist nicht beantragt worden. Unserer Ansicht nach ist die Wochenhilfe zu Unrecht gezahlt, da die Voraussetzungen des § 214 RVO. nicht für diese Fälle, sondern nur bei Krankheit zutreffen.

Antwort: Ihre Ansicht ist irrig. § 214 RVO. ist keineswegs auf den Krankheitsfall beschränkt. Er spricht allgemein von den Regelleistungen, zu diesen gehört aber auch die Wochenhilfe (§ 179 Abs. 1 und 2 RVO.). Ferner ist von dem Versicherungsfall, nicht von dem Krankheitsfall die Rede. Übrigens wird die dreiwöchige Frist nicht von dem Tage der Abmeldung, sondern dem des Ausscheidens aus der Kasse an gerechnet. Versicherungspflichtige scheiden aber regelmäßig mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses aus.

Zur Frage der Erhebung von Kassenbeiträgen für volle Wochen (§ 397 Abs. 4 RVO.).

20. Nach Eichstätt. Antwort: Die Vorschrift der Satzung, daß die Beiträge stets für volle Kalenderwochen erhoben werden, entspricht dem Abs. 4 des § 397 RVO. Das Reichsversicherungsamt nimmt an, daß diese Vorschrift nur für den Fall des Ausscheidens aus der Kasse gilt (zu vgl. Entsch. 1789, Amtl. Nachr. 1913 S. 830, ArbVers. 1913 S. 139, Gründe S. 140 letzter Absatz). Nach dieser Auffassung durfte nur für das im Laufe der Woche abgezogene Dienstmädchen der volle Beitrag erhoben werden, während für das an demselben Tage angetretene andere Dienstmädchen der Wochenbeitrag für dieselbe Woche nur anteilig zu entrichten war. Wir halten aber diese Ansicht für irrig und verweisen darüber auf die Ausführung von Hahn in der ArbVers. 1913 S. 140. Danach wäre, da es sich um zwei verschiedene Beschäftigungsverhältnisse handelt, der volle Wochenbeitrag sowohl für das abziehende als auch für das antretende Dienstmädchen zu entrichten. Der dort erwähnte billige Ausgleich dadurch, daß der volle Beitrag nur entweder für die Eintrittswoche oder für die Austrittswoche zu entrichten ist, kommt nur dann in Frage, wenn dieselbe Person inmitten einer Woche eingetreten ist und gleichfalls inmitten einer Woche wieder ausscheidet — ein Fall, der hier nicht vorliegt. Auch der Zusatz in der Satzung, daß, wenn die Mitgliedschaft sich nicht auf eine volle Woche erstreckt, nur ein voller Wochenbeitrag zu zahlen ist, darf nur auf den Fall bezogen werden, daß eine Person innerhalb einer Woche eintritt und in derselben Woche wieder ausscheidet.

Eigenmächtige Abweichung des Apothekers von der Verordnung des Kassenarztes.

21. Nach J. Frage: Ein Apothekenbesitzer ändert fortgesetzt die Rezeptformeln des Kassenarztes, indem er beispielsweise die Angabe „ad chartam" durchstreicht und das Medikament nicht, wie vom Arzt verordnet, in einem Beutel, sondern in einer Schachtel abgibt. Da die Beutel kostenfrei sind, die Schachteln jedoch 30 bis 50 Pf. kosten, entstehen uns erhebliche Mehrkosten. Ferner gibt der Apotheker oft größere als die vom Arzt verordneten Mengen ab oder überhaupt ein anderes Präparat. Er behauptet, daß die Vorschriften eines Arztes für ihn nicht maßgebend sind, wenn nicht ein dahingehender Vertrag vorliegt. Wir haben einen Vertrag mit ihm nicht abgeschlossen. Wie ist Ihre Auffassung? Auf welchem Wege ist die Frage zum Austrag zu bringen?

Antwort: Der Kassenarzt schreibt seine Verordnungen im Auftrage der Kasse. Die Vermerke auf den Rezepten „Landkrankenkasse" machen dies für den Apotheker erkennbar. Nimmt er ein solches Rezept entgegen, so tritt er, trotz Fehlens eines allgemeinen Vertragsverhältnisses, in jedem einzelnen Falle in ein Vertragsverhältnis zur Kasse, auf Grund dessen er zur Ausführung des Rezeptes, wie es ihm übergeben ist, gegen Zahlung der taxmäßigen Vergütung verpflichtet ist. Der Apotheker kann die Ausführung der Verordnung ablehnen, nicht aber, wenn er sie entgegennimmt, willkürlich davon abweichen. Die Kasse braucht den durch die Abweichung verursachten Mehrbetrag an Kosten nicht zu tragen und kann ihn, wenn sie ihn bezahlt hat, aus dem Rechtsgrunde ungerechtfertigter Bereicherung (§§ 812 ff. BGB.) im ordentlichen Rechtswege zurückfordern. Zu einem grundsätzlichen Austrag aber — wenn es der Apotheker wirklich darauf ankommen lassen wollte — wäre die Sache bei dem Vorstande der Apothekerkammer zu bringen. Wir empfehlen, sich dieserhalb mit dem Kreisarzt in Verbindung zu setzen.

Gilt § 389 Abs. 2 AngestVersGes. auch für Reich und Staat?

22. Nach Darmstadt. Frage: Nach § 1389 Absatz 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte sind Gemeindeverbände und sonstige öffentlich-rechtliche Körperschaften berechtigt, auf die von ihnen gewährten Ruhegeld- oder Hinterbliebenenbezüge die Leistungen dieses Gesetzes entsprechend der Dauer und der Höhe ihrer Beitragszahlung anzurechnen. Das Reich oder die Bundesstaaten sind hier nicht ausdrücklich genannt. Wir haben aber keinen Zweifel, daß auch sie als öffentlich-rechtliche Körperschaft unter die Vorschriften des § 389 Abs. 2 fallen. Eine andere Annahme wäre vielmehr unverständlich, da nicht ersichtlich ist, warum das Reich oder die Bundesstaaten wesentlich ungünstiger behandelt werden sollten als Gemeinden und Gemeindeverbände. Immerhin wäre mit Rücksicht auf den Wortlaut des Abs. 2 eine Klarstellung von Wert. Wir bitten um Ihre Ansicht, ob nicht

auch das Reich und die Bundesstaaten solche Anrechnungen vornehmen können.

Antwort: Wir verneinen die Frage. Gleich den im § 389 Abs. 2 AngestVersGes. an erster Stelle erwähnten Gemeinden und Gemeindeverbänden sind auch die im Anschluß hieran erwähnten sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften dem Reich oder Bundesstaat untergeordnet, so daß die Einordnung des Reichs oder Staates unter den Begriff jener Verbände oder Körperschaften ausgeschlossen erscheint. Deshalb wird, wo eine Vorschrift sowohl für Reich und Staat als auch für Gemeinden und andere öffentliche Körperschaften gelten soll, dies in den Gesetzen zu entsprechendem Ausdruck gebracht (zu vgl. z. B. §§ 9, 10, 11 AngestVersGes.; §§ 169 bis 172, 1234, 1235, 1237 RVO.; auch § 89 BGB.). Wir halten daher eine ausdehnende Auslegung des § 389 Abs. 2 AngestVersGes. im Sinne der Anfrage nicht für zulässig.

Übertragung des Anspruchs auf Krankengeld statt Anrechnung des Krankengeldes auf den Lohn.

23. **Nach Grimma.** Antwort: Wenn die versicherungspflichtigen Beamtenanwärter und Hilfsarbeiter bei Erkrankung mit Erwerbsunfähigkeit ihr Gehalt weitergezahlt erhalten, aber ihren Anspruch auf Krankengeld an die Dienstbehörde übertragen müssen, so kann dem ein Bedenken auf Grund des § 119 RVO. nicht entgegenstehen. Denn jene Übertragung dient hier nur zur Verwirklichung der gesetzlichen Vorschrift in § 616 BGB., wonach in solchem Falle der Dienstverpflichtete sich das Krankengeld auf das Gehalt anrechnen lassen muß. Das Versicherungsamt würde daher die Übertragung gemäß § 119 Abs. 2 RVO. unbedenklich genehmigen können. Nur kann die Behörde ihren Zweck auch ohne Übertragung und Genehmigung erreichen, indem sie den Betrag des Krankengeldes bei der Gehaltszahlung abzieht.

Krankenversicherungspflicht einer Invalidenrentnerin.

24. **Nach Cöln.** Frage: Eine 63 Jahre alte weibliche Person bezieht aus Anlaß einer Hüftgelenkserkrankung, wegen welcher sie sich nur mit Hilfe eines Stockes fortbewegen kann, seit zwei Jahren die Invalidenrente. Sie verrichtet neuerdings, um sich eine Beihilfe zu ihrem Lebensunterhalt zu verdienen, noch leichte Stundenarbeit und erhält hierfür eine Vergütung von 40 ℳ monatlich, die ihr in dieser Höhe jedoch lediglich mit Rücksicht auf die Teuerungsverhältnisse aus reinem Wohlwollen gewährt wird, um sie vor äußerster Not zu bewahren. Da die Arbeitsfähigkeit naturgemäß nur eine geringe ist, so würde dementsprechend der auf Grund der tatsächlichen Arbeitsleistungen zu bemessende Lohn ein erheblich niedrigerer sein als die ihr gewährte Vergütung. Ist die Person als krankenversicherungspflichtig zu erachten?

Antwort: Wenn die Frau nur überhaupt noch Arbeit von wirtschaftlicher Bedeutung verrichten kann, so ist es versicherungsrechtlich ohne Belang, aus welchem Beweggrunde der Arbeitgeber sie beschäftigt und wovon er sich bei der Bemessung des Arbeitslohnes leiten läßt. Es kann daher im vorliegenden Falle nur in Frage kommen, ob die Dienstleistungen im Hinblick auf ihre Geringfügigkeit als „vorübergehende“ im Sinne des § 168 RVO. und des § 1,3 der Bekanntmachung vom 17. 11. 13 (ArbVers. S. 848) versicherungsfrei sind. Dies dürfte mindestens dann nicht anzunehmen sein, wenn die Frau sonst nur noch die Invalidenrente bezieht. Neben dieser wird ein Arbeitseinkommen von 40 ℳ monatlich unter allen Umständen recht wesentlich für den Unterhalt der Frau sein. Wir verweisen auf die Bemerkungen bei Hahn zu § 168 RVO. Anm. 4e und f sowie auf die Fälle in ArbVers. 1917 S. 196, 1919 S. 58 Ziff. 2.

Wählbarkeit von Kassenangestellten zum Vorstand eines Kassenverbandes.

25. **Nach Aachen.** Antwort: Für die Wählbarkeit zum Vorstande des Kassenverbandes (§ 406 RVO.) gelten nach § 408 Abs. 2 die §§ 12, 13, 14 „entsprechend“, das heißt: es sind nur solche Personen wählbar, die den allgemeinen Voraussetzungen des § 12 genügen und außerdem bei einer der dem Verband angehörigen Krankenkassen entweder als Vertreter der Arbeitgeber nach § 13 oder als Vertreter der Versicherten nach § 14 wählbar sind. Angestellte der Verbandskassen sind daher gleichfalls wählbar, wenn sie bei einer dieser Kassen die Stellung von bevollmächtigten Betriebsleitern oder Geschäftsführern oder Betriebsbeamten einnehmen (§ 13 Abs. 2), oder wenn sie selbst bei einer der Kassen versichert sind (§ 14 Abs. 1), oder wenn sie regelmäßig mehr als zwei Versicherungspflichtige — etwa Dienstboten — beschäftigen, die zu einer der Kassen gehören (§ 14 Abs. 2).

Vermögenszuweisung bei Schließung einer Betriebskrankenkasse.

26. **Nach Nauen.** Frage: In unserem Kassenbezirk soll eine Betriebskrankenkasse aufgelöst werden, welche zur Zeit und auch am Tage der Auflösung keine Mitglieder mehr haben wird. Die letzten Mitglieder sind am 31. 10. 19 infolge Beschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber, welcher einen Teil des Betriebes angekauft hat, zu unserer Kasse gemeldet. Der Rest des Betriebes ist von einer Nachbarfabrik aufgekauft, welche eigene Betriebskrankenkasse hat. Beschäftigte der alten Firma hat diese Nachbarfabrik nicht übernommen, da sie andere Produktion hat. Die Betriebskrankenkasse dieser Nachbarfabrik verlangt die Auflösung jener Betriebskrankenkasse, Überweisung der Mitglieder (die gar nicht mehr vorhanden sind), sowie Überweisung des Vermögens. Wo bleibt dieses Vermögen, da nach § 303 nur die Kassen einen Teil erhalten, denen Mitglieder überwiesen werden?

Antwort: Das Gesetz (§ 303 RVO.) schreibt vor, daß der Vermögensrest „unter Berücksichtigung des Mitgliederüberganges den Krankenkassen“ zuzuweisen ist. Daß dabei nur die Krankenkassen berücksichtigt werden dürfen, zu denen die im Zeitpunkt der Schließung oder Auflösung der Kasse etwa noch vorhandenen Mitglieder übergehen, sagt das Gesetz nicht. Eine so enge Auffassung des § 303 Abs. 1 würde auch, wie gerade der vorliegende Fall zeigt, mit dem Zwecke der Vorschrift unvereinbar sein. Hier ist, wie es nicht selten geschieht, der Schließungsgrund — das Eingehen des Betriebes, für den die Kasse errichtet war (§ 273 Ziff. 1 RVO.) — schon durch die beiden Veräußerungen von Teilen des Betriebes vorbereitet worden. Die hierbei vorgekommenen Übertritte von Mitgliedern zu anderen Kassen müssen daher zugunsten dieser Kassen bei der Vermögenszuweisung berücksichtigt werden (zu vgl. auch ArbVers. 1919 S. 537 Ziff. 2).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1271 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 11. Februar 1920 | Heft 5

Rentenzulagen aus der Invalidenversicherung.

Von Oberregierungsrat Seitz in Stuttgart.

Durch die Reichsverordnung v. 21. August 1919, RGBl. S. 1665, sind die Rentenzulagen aus der Invalidenversicherung, welche zufolge Bekanntmachung vom 3. Januar 1918, RGBl. S. 7, vgl. mit Verordnung vom 12. November 1918, RGBl. S. 1310, seit 1. Februar 1918 den Invalidenrentnern im monatlichen Betrag von 8 M, den Witwen- oder Witwerrentnern im monatlichen Betrag von 4 M und zufolge Verordnung vom 14. Dezember 1918, RGBl. S. 1429, vom 1. Januar 1919 an den Altersrentnern im monatlichen Betrag von 8 M gewährt worden sind, bis zum 31. Dezember 1920 bewilligt worden, und zwar mit Wirkung vom 1. Oktober 1919 ab in dem für Invaliden- und Altersrentner auf monatlich 20 M, für Witwen- und Witwerrentner auf monatlich 10 M erhöhten Betrag. Die Waisen sind auch jetzt wieder leer ausgegangen. Die Zulage erhalten nach § 1 der VO. v. 21. Aug. 1919 alle Rentenempfänger, „sofern sie nicht Ausländer sind, die sich im Ausland aufhalten". Damit ist die Fassung des § 1 der VO. v. 14. Dez. 1918 über die Altersrentenzulagen nunmehr allgemein gültig geworden, und die Frage der Gewährung von Zulagen ins Ausland wohl in einwandfreier Weise geregelt. Als weitere Neuerung bringt die VO. v. 21. Aug. 1919 in § 3 für die Landesversicherungsanstalten die Möglichkeit, bei Erstattung der Vorschüsse der Reichskasse die fünfprozentigen Schuldverschreibungen, Schuldforderungen und Schatzanweisungen der Kriegsanleihen des Deutschen Reiches zum Anschaffungspreise oder, wo dieser nicht feststellbar ist, zum Kurs von 97 v. H. an Zahlungsstatt zu geben.

Aus den neuen Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts vom 23. September d. J. geht hervor, daß besondere Zulagequittungen nicht mehr erforderlich sind; ob das auch für die nicht erhöhten Zulagen gilt, welche nach dem 1. Oktober 1919 noch für Zeiten vor diesem Tage nachzuzahlen sind, ist zweifelhaft, übrigens ohne größere Bedeutung. Im übrigen hat es beim seitherigen Rechte sein Bewenden.

In der Vollversammlung der Deutschen Landesversicherungsanstalten in Berlin am 13. und 14. Mai 1918 stand die vorläufige Erhöhung der Renten und Deckung der Kosten als erster Punkt auf der Tagesordnung. Damals wurden folgende Leitsätze einstimmig angenommen:

1. Die Gewährung von Beihilfen an einen großen Teil der Rentenempfänger der Arbeiterversicherung ist notwendig geworden. Die durch die Bundesratsverordnung vom 3. Januar 1918 eingeführten Rentenzulagen entsprechen den zu stellenden Anforderungen nicht.

2. An die Stelle dieser Zulagen muß ohne Rücksicht auf die Bedürftigkeit eine in Bruchteilen der einzelnen Rente zu bemessende Erhöhung der Renten treten.

3. Die Versicherungsanstalten halten ihren rechtlichen Standpunkt aufrecht, daß die Tragung der Teuerungszulagen ausschließlich Sache des Reiches ist und erwarten, daß die Bundesregierungen diesem auch vom Reichstage einmütig geteilten Rechtsstandpunkt sich anschließen werden. Sollte diese Erwartung nicht in Erfüllung gehen und die Versicherungsanstalten gegen die Billigkeit mit diesen Teuerungszulagen belastet bleiben.

dann müssen sie verlangen, daß ihrer wirtschaftlichen Gefährdung sowohl auf dem Wege der Beitragserhöhung als auch auf dem der Erhöhung des Reichszuschusses abgeholfen wird.

Es ist bedauerlich, daß dieser einmütigen Stellungnahme der Landesversicherungsanstalten von der Reichsregierung nicht Rechnung getragen worden ist, und die Ermöglichung der Abzahlung der Reichsvorschüsse in Kriegsanleihe ist ein recht unzulängliches Pflästerchen auf die Außerachtlassung der Vorschläge der Landesversicherungsanstalten. Es kann dahingestellt bleiben, ob damit das letzte Wort in der Sache gesprochen ist; jedenfalls hat man damit zu rechnen, daß das geltende Recht über die Rentenzulagen der Invalidenversicherung noch für längere Zeit Anwendung zu finden hat, und das möge die nachfolgenden Aufführungen rechtfertigen.

Die den Gegenstand erstmals regelnde Bekanntmachung vom 3. Januar 1918, RGBl. S. 7, die in den §§ 3 bis 13 mit den §§ 2 bis 12 der Verordnung über die Altersrentenzulagen vom 14. Dezember 1918, RGBl. S. 1429, im wesentlichen übereinstimmt und nach § 2 der VO. v. 21. August 1919, RGBl. S. 1665, auch jetzt noch entsprechende Gültigkeit hat, hatte zunächst nur Zulagen für die Zeit vom 1. Februar bis 31. Dezember 1918 im Auge. Sie wollte den beteiligten Rentenempfängern auf kürzestem Wege möglichst rasche Hilfe bringen und verzichtete aus diesem Grunde von vornherein darauf, die Höhe der Zulagen individuell abzuwägen oder an der Rente selbst eine Änderung vorzunehmen. Die Hauptsache war, daß die Rentenempfänger möglichst bald eine Linderung ihrer Not empfanden und daß den durch die Kriegsverhältnisse bedrängten Versicherungsträgern und Postbehörden aus der Sache möglichst wenig Arbeit erwuchs. So, als provisorische Notmaßnahme aufgefaßt, ist die Verordnung ihrer Aufgabe m. E. in glücklicher Weise gerecht geworden. In lapidarer Kürze (vgl. insbesondere die §§ 3 bis 6), die von der Filigranarbeit, die man am deutschen Gesetzgeber sonst gewohnt ist, in wohltuender Weise absticht, hat sie das materielle Recht skizziert und im übrigen die Durchführung (in § 13) dem Reichsversicherungsamt mit weitestgehender Vollmacht überlassen. Ob aber das Reichsversicherungsamt mit seinen Ausführungsbestimmungen vom 5. Januar 1918 (Amtl. Nachr. S. 164), vom 18. Dezember 1918 (Amtl. Nachr. S. 495) und vom 23. September 1919 (Amtl. Nachr. S. 403), insbesondere aber in den zur Sache ergangenen Bescheiden Nr. 2463 bis 2465, Amtl. Nachr. 1918 S. 356 und 357, und Entscheidungen Nr. 2485 bis 2488, Amtl. Nachr. 1918 S. 457 und 458, allweg eine glückliche Hand gehabt hat, ist eine andere Frage, welche, nachdem das Provisorium nun zum zweiten Male eine Verlängerung erfahren hat, an Bedeutung gewachsen ist und daher näherer Prüfung bedarf.

I. Mit dem Reichsversicherungsamt (Bescheid Nr. 2463, Amtl. Nachr. 1918 S. 356) wird man annehmen dürfen, daß der Bekanntmachung vom 3. Januar 1918 der Gedanke zugrunde liegt, daß die Zulage *in der Regel* nur *natürlichen* Personen zukommen soll, da sie zur Linderung der wirtschaftlichen Not der Rentenempfänger im Sinne des IV. Buches der RVO. bestimmt ist. Dieser Gedanke hat aber sowohl in § 1 Abs. 2 der Ausf. Best. v. 5. Januar 1918, als in einzelnen der ergangenen Bescheide und Entscheidungen, vgl. Z. 2485 und 2486, Amtl. Nachr. 1918 S. 457, einen zu schroffen, den Interessen der Rentenberechtigten und den Bedürfnissen der Praxis nicht genügend Rechnung tragenden Ausdruck gefunden.

§ 1 Abs. 2 der Ausf. Best. schreibt vor: „Den in § 120 Abs. 2 Satz 2, § 1276 Abs. 1 Satz 2, §§ 1277, 1531, 1536, 1541, 1544 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Gemeinden, Armenverbänden, Versicherungsträgern usw. wird die Zulage nicht gewährt. In diesen Fällen ist von ihnen auf die Rentenquittung der Vermerk zu setzen: Zulage nicht zahlbar.“ Es ist also auf die Gewissenhaftigkeit der Organe der beteiligten juristischen Personen abgestellt, ob der Sperrvermerk auf den Rentenquittungen zur Wirkung kommen soll oder nicht, und in dem Bescheid Z. 2465, Amtl. Nachr. 1918 S. 357,

ist hierzu ausdrücklich bemerkt, daß den Postanstalten eine Prüfung, ob der im § 1 Abs. 2 der Ausf. Best. vorgeschriebene Vermerk „Zulage nicht zahlbar“ versehentlich weggelassen ist, nicht obliege. Hiergegen ist im allgemeinen nichts einzuwenden. Soweit es sich um Organe des öffentlichen Rechts handelt, wird man auch im neuen Deutschland zur Zeit noch annehmen können, daß sie die bestehenden Vorschriften pflichtmäßig befolgen. Dann sollte es aber auch möglich sein, statt des starren Grundsatzes: „Juristischen Personen darf keine Rentenzulage ausbezahlt werden“ eine solche Abgrenzung der Zulagensperre gegenüber den juristischen Personen zu finden und durchzuführen, die mit den Interessen der Rentenberechtigten und des Allgemeinwohls besser vereinbar ist als dieses starre Schema. Daß Ausnahmen von jenem Grundsatz wünschenswert erscheinen, ist in dem Bescheid Nr. 2463 a ausdrücklich anerkannt. Meines Erachtens ist es auch gar nicht so schwer, die richtige Grenzlinie zu finden. Die Zulage ist dazu da, die wirtschaftliche Notlage des Rentenberechtigten zu lindern. Soweit eine Gemeinde oder ein Armenverband einem Rentenberechtigten auf Grund gesetzlicher Pflicht (vgl. § 1531 RVO.) vollständigen freien Unterhalt gewährt, drückt diesen die wirtschaftliche Notlage zweifellos nicht so, daß die Gewährung einer Rentenzulage an ihn unumgänglich notwendig wäre, und anderseits ist zuzugeben, daß die Gemeinden und Armenverbände sich auch nicht in einer solchen Notlage befinden, daß sich die Überweisung der letzten Endes aus Mitteln der Versicherten und Arbeitgeber zahlbaren Zulagen an sie rechtfertigen ließe.

In den Fällen, in welchen eine Gemeinde oder ein Armenverband gemäß §§ 1531, 1536, vgl. mit §§ 1506 und 1507 RVO., den Zugriff auf die ganze laufende Rente hat, erübrigt sich also die Zulagezahlung regelmäßig. Wie ist es aber mit den anderen in § 1 Abs. 2 der Ausf. Best. angezogenen Fällen, zu denen nach Bescheid Z. 2463 auch noch der Fall des § 119 Abs. 1 und 2 RVO. kommt?

Zu § 120 Abs. 2 RVO. hat die Entscheidung Z. 2486, Amtl. Nachr. 1918 S. 457, ausgesprochen, daß einer Gemeinde, die einem trunksüchtigen Rentenempfänger Sachleistungen gemäß dieser Gesetzesbestimmung gewährt, die Rentenzulage ohne Rücksicht darauf, ob der Trunksüchtige in einer Anstalt untergebracht ist, oder ob ihm die Sachleistungen durch Vermittlung einer Trinkerfürsorgestelle oder auf anderem Wege gewährt werden, nicht zustehe. Die §§ 120 und 121 RVO. sind zweifellos eine recht gut gemeinte Gesetzesbestimmung, die verdienen würde, eine ganz andere Rolle auf dem ganzen Gebiet des sozialen Versicherungsrechts zu spielen, als es bis jetzt tatsächlich der Fall ist. Da die Gemeinden von der ihnen durch diese Paragraphen zugewiesenen Aufgabe viel Arbeit und wenig Dank haben, haben sie sich für diese Maßnahme noch nicht recht erwärmt. Und ein Gleiches gilt für die Versicherungsämter und Versicherungsträger. Es ist ein zartes Pflänzchen, das pfleglicher Behandlung bedarf, um die Früchte zu tragen, die sein Schöpfer sich von ihm versprach. Nun wird für Recht befunden, daß jeder Rentner, der auf Sachleistungen gesetzt ist, um die Rentenzulage schlechter gestellt sein soll als die andern Rentner; denn das ist doch die Wirkung der Entscheidung, oder nicht? Nein! Die Gemeinden werden sich ebensowenig bewogen fühlen, Sachleistungen im Wert der Rentenzulage aus ihrer Tasche zuzulegen, als sie es zu verantworten vermöchten, die ohnehin undankbare Arbeit mit der Wirkung weiterzuführen, daß der Rentner um die Rentenzulage geschädigt ist. Sie werden dafür Sorge tragen, daß die Maßnahme aufgehoben wird — und das ist zur Zeit eine recht leichte Sache —, und der trunksüchtige Rentner, der es in den jetzigen Zeiten doppelt nötig gehabt hätte, ordentlich genährt zu werden, kann dann die Rente samt der Zulage vertrinken.

Bei § 1276 Abs. 1 Satz 2 RVO. (Teilweise Gewährung von Sachleistungen an landwirtschaftliche Arbeiter statt der Rente) enthalte ich mich eines Urteils, da mir die ein-

schlägigen Verhältnisse, die es in Süddeutschland jedenfalls nicht gibt, unbekannt sind. Da mindestens ein Drittel der Rente nach § 1275 in Geld gewährt werden muß, sollte man meinen, dem Rentner sei dadurch der Bezug der Rentenzulage in eigener Person genügend gewährleistet und der Fall, daß die Gemeinde den Anspruch auf die Zulage auf Grund jener Gesetzesbestimmung erheben könnte, komme gar nicht in Betracht.

Zu § 1277 (Unterbringung des Rentners in einem Invalidenheim oder Waisenhaus unter Verwendung der Rente oder eines Teils derselben zu den Kosten) handelt es sich dann, wenn von der Landesversicherungsanstalt die ganze Rente zur Bestreitung der Verpflegungskosten beansprucht wird, doch bloß darum, daß beim gleichzeitigen Zugriff auf die Rentenzulage ein entsprechender Teil des Verpflegungsaufwands vom Sondervermögen auf das Gemeinvermögen abgewälzt würde, daß also den Versicherungsanstalten, welche ihre Rentner durch Anstaltsfürsorge der herrschenden Not am wirksamsten zu entziehen suchen, im Falle der Zuweisung der Zulagen eine übrigens kaum nennenswerte Erleichterung zu Lasten des Gemeinvermögens zuteil würde. Daß diese Wirkung mit Sinn und Geist der Zulageverordnungen unvereinbar wäre, wird kaum gesagt werden können. Viel eher könnte es sich fragen, ob es im Sinn jener Verordnungen liegt, daß diejenigen in Invalidenheimen untergebrachten Rentner, welchen ein Teil der Rente als Taschengeld zur Selbstabhebung belassen wurde, unter allen Umständen Anspruch auf Bezahlung der vollen Zulage haben. Von großer Bedeutung ist diese Frage nicht, weil die Versicherungsanstalten sich in diesen ohnehin seltenen Fällen zu helfen wissen. Am richtigsten wäre es aber zweifellos gewesen, wenn den letzteren im Fall des § 1277 für die Regelung der Zulagezahlung vollständig freie Hand gelassen worden wäre.

Von größerer Bedeutung ist aber folgender Mißstand, welcher in diesem Zusammenhang erörtert werden mag. Eine nicht unerhebliche Zahl von Invalidenrentern ist ohne Mitwirkung und ohne besondere Belastung der Versicherungsanstalten in Kranken- und Altersheime, die von öffentlich-rechtlichen Stiftungen oder anderen juristischen Personen betrieben werden, gegen Abtretung der vollen Invalidenrente eingetreten.

Im Hinblick auf den Bescheid Z. 2463 Lit. a. könnte man sich damit trösten, daß das Ausnahmen von der Regel sind, in denen „aus unabweislichen Billigkeitsgründen" die Zulage zur Bestreitung des erhöhten Pflegeaufwands doch gewährt werden darf; aber die Entscheidung vom 6. August 1918 Z. 2485 Amtl. Nachr. 1918 S. 457 kennt keine Ausnahme von der Regel mehr. An juristische Personen darf keine Zulage gewährt werden. In diesem Sinne hat denn auch das bayerische Landesversicherungsamt in seiner Entscheidung vom 21. Oktober 1918 (ArbVers. 1919, Heft 24 S. 469) gegenüber einem bayerischen Bürgerspital entschieden. Was ist die Folge? Man glaube doch nicht, daß diese Anstalten alle so auf Rosen gebettet sind, daß sie in den jetzigen Teuerungszeiten nicht auf Vermehrung ihrer Einkünfte bedacht sein müßten. Entweder wird der Rentner entlassen, oder wird der Privatpflegling zum Armenpflegling umgemodelt — beides dürfte kaum im Sinn und Geist der Zulageverordnungen liegen —, oder suchen die betreffenden Anstalten den Ausfall dadurch zu decken, daß sie den Verpflegungskostensatz gegenüber den öffentlichen Kassen und insonderheit auch gegenüber den Landesversicherungsanstalten erhöhen. Andere wissen sich dadurch zu helfen, daß die Rentenabhebungsvollmacht — eine förmliche Rentenübertragung liegt wegen der damit verbundenen Umständlichkeiten meist nicht vor — statt auf die Anstaltsverwaltung auf eine dritte, vertrauenswürdige Person ausgestellt wird. Mundus vult decipi. Dieser wird die Zulage anstandslos ausbezahlt. Der Zweck ist erreicht, und dem Gesetze ist wieder ein Schnippchen geschlagen. Der Bescheid Z. 2463 Lit. c. läßt fast darauf schließen, daß

auch dem RVA. dieser letztere Weg nicht unbekannt ist. Beim jetzigen Daniederliegen der Achtung vor dem Gesetz sollte man aber doch darauf Bedacht nehmen, daß Recht und Billigkeit es nicht nötig haben, sich auf Schleichwegen durchzusetzen.

Zu den §§ 1531 und 1536, welche die Ersatzansprüche der Gemeinden und Armenverbände für Leistungen auf Grund eigener gesetzlicher Verpflichtung betreffen, ist schon oben bemerkt, daß hier die Sperrung der Zulage jedenfalls insoweit, als es sich um den Zugriff auf die ganze laufende Rente handelt, wohl gerechtfertigt erscheint; auch in diesen Fällen fragt es sich aber, ob die Zulage nicht unter gewissen Voraussetzungen der Familie des Unterstützten überwiesen werden sollte. Die Bejahung dieser Frage legt sich schon aus dem Grund nahe, weil im Fall des § 1312 Abs. 2 RVO. bei der Überweisung der Rente der Strafgefangenen an ihre Angehörigen diesen, m. E., auch die Zulage bezahlt werden muß. Letzteres ergibt sich nach meinem Dafürhalten auch aus der Begründung der Gr. E. 3023, Amtl. Nachr. 1919 S. 367, durch welche den Angehörigen eines strafgefangenen Unfallrentners (vgl. § 615 Abs. 1 RVO.) die Unfallrentenzulage versagt worden ist. Wenn aber auf dem Gebiet der Invalidenversicherung den Angehörigen der strafgefangenen Rentner Rente und Zulage gewährt wird, sollte den Familien anstaltsbedürftiger Rentner wenigstens die Zulage nicht vorenthalten werden. Auch dann, wenn der vollständige freie Unterhalt von den unterhaltspflichtigen Verwandten gewährt wird, dürfte sich die Zuweisung der Zulage an die letzteren rechtfertigen. Bei andern Armenkostenersatzansprüchen als denjenigen für vollständigen Anstaltsunterhalt wird es nicht selten im wohlverstandenen Interesse der Rentner selbst liegen, daß den Anspruchsberechtigten, insbesondere wenn es sich um die mit der Spitzrente fälligen Zulagen handelt, diese mit Zustimmung des Rentners ganz oder teilweise ausbezahlt werden. Mit der Anordnung: im Fall der §§ 1531 und 1536 RVO. darf keine Zulage an den Anspruchsberechtigten ausbezahlt werden, läßt sich eine irgend befriedigende Lösung nicht erreichen. Hier sollte den Versicherungsträgern ein weiterer Spielraum gelassen werden.

Für die seltenen Fälle der §§ 1541 und 1544 RVO. (Ersatzansprüche von Betriebsunternehmern und Kassen, welche an Stelle der Gemeinden und Armenverbände nach gesetzlicher Pflicht Unterstützung gewährt haben, und Ersatzansprüche der knappschaftlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen) dürfte im wesentlichen das zu §§ 1531, 1536 RVO. Gesagte gelten.

Eine größere Bedeutung haben dann noch die Fälle des § 119 Abs. 1 und 2 RVO. der Übertragung, Verpfändung und Pfändung der Renten, nachdem das RVA. in den Bescheiden Z. 2463 a bis c ausgesprochen hat, daß auch in diesen in § 1 Abs. 2 der Ausführungsbestimmungen nicht aufgeführten Fällen die Rente an juristische Personen nicht zur Ausbezahlung kommen darf. Im Sinne dieser Stellungnahme des RVA. liegt m. E. auch, daß die Rentenzulagen nicht gemäß § 1324 RVO. von den Landesversicherungsanstalten aufgerechnet werden dürfen, wenn das das RVA. bis jetzt auch noch nicht ausdrücklich ausgesprochen hat (A. A. v. Peßl in ArbVers. 1919 Heft 16 S. 313). Diese nachträgliche Ausdehnung des starren Grundsatzes der Nichtbezahlung der Zulage an juristische Personen ist aus dem Grunde besonders bedenklich, weil es sich hier zweifellos fast stets um Rentner handelt, die in besonderer wirtschaftlicher Not sind, und weil die Wirkung der Maßregel angesichts der Mannigfaltigkeit der denkbaren Fälle sich nicht sicher überblicken läßt. Eines aber ist sicher: es sind recht viele Fälle darunter — man denke nur an die Vorschüsse, die den Rentenbewerbern in Erwartung der zu bewilligenden Rente gegeben werden, — in denen der Rentenberechtigte letzten Endes der Leidtragende ist. Einmal richtet sich der Kredit nach der Höhe der der Rückzahlung dienenden Be-

züge, und sodann liegt es auch hier wieder sehr häufig im wohlverstandenen Interesse des Rentenberechtigten, daß seine Schuldabtragung möglichst rasch erfolgt. Auch hier stehe ich auf dem Standpunkt, daß die getroffene Regelung den Bedürfnissen der Praxis nicht entspricht. Auch hier lassen sich die mit dem Rechtsbewußtsein des Volks unvereinbaren Wirkungen derselben nur allzu leicht auf dem Umweg der Rentenabhebungsvollmacht umgehen (vgl. oben zu § 1277), und im Interesse der Volksmoral wäre eine Änderung der Vorschriften dieser Möglichkeit vorzuziehen. (Forts. folgt.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 12 der Amtl. Nachr. v. 15. Dezember 1919.)

Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Eine Krankenkasse ist zur Auskunft über von ihr gewährte Kassenleistungen nach §§ 115, 116 RVO. auch dann verpflichtet, wenn eine Behörde die Auskunft zwar nicht zum Vollzuge der RVO., aber im öffentlichen Interesse zur Durchführung ihrer Aufgaben bedarf (2551 S. 441).

Die auf § 169 RVO. beruhende Versicherungs- und folglich auch Beitragsfreiheit wird nicht dadurch berührt, daß der Beschäftigte zugleich anderweit in versicherungspflichtiger Beschäftigung steht (2552 S. 443).

Die in der Parkwirtschaft Beschäftigten bleiben Mitglieder der Ortskrankenkasse, auch wenn sie gelegentlich in der Landwirtschaft beschäftigt werden (2553 S. 444).

Die Anzeigefristen für die Weiterversicherung nach § 313 Abs. 2 RVO. und § 3 Ges., betr. Erhaltung von Anwartschaft aus der Krankenvers., v. 4. 8. 14 (RGBl. S. 334) gelten auch für die Weiterversicherung Erwerbsloser durch die Gemeinden nach § 12a Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge in der Fassung der Bek. v. 21. 12. 18 (RGBl. S. 1445) (2554 S. 445).

Für die Entscheidung über vermögensrechtliche Ansprüche aus dem Dienstverhältnisse von Kassenbeamten, denen die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten zustehen, sind die Aufsichtsbeamten der Krankenkassen nicht zuständig (2555 S. 447).

Die verspätete Abmeldung eines Versicherungspflichtigen bei der Krankenkasse ist nach Abs. 2, nicht Abs. 1 § 530 RVO. strafbar (2556 S. 449).

Die Einziehung zum Heeresdienste gilt nicht als Maßnahme feindlicher Staaten im Sinne des § 2 Bek. über Anrechnung von Militärdienstzeiten und Erhaltung von Anwartschaften in der Inv. und Hinterbl. Vers. v. 23. 12. 15 (RGBl. S. 845) (2557 S. 450).

Ein für die Zuständigkeit maßgebendes, den Wohnort (im Sinne des § 1774 RVO.) begründendes längeres, nicht nur zufälliges Verweilen an einem Orte liegt auch vor, wenn im maßgebenden Zeitpunkt erst kurze Zeit verstrichen, ein hinreichend langes Verbleiben an dem Orte aber bereits nachweislich beabsichtigt war (2558 S. 451).

B. Allgemeines.

Mitglieder freier Arbeitsvereinigungen als Mitunternehmer nicht versicherungspflichtig.

Vorentscheidung des Vorsitzenden des **Versicherungsamts München** v. 6. Dezember 1919 (Nr. 23 234 K).

Der Schweinelohnschlächter Sch. ist Mitglied der Vereinigung der Schweinelohnschlächter in M. Diese ist eine auf berufsgenossenschaftlicher Grundlage ruhende Korporation, die sich u. a. auch die Förderung der gemeinschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder zum Ziele gesetzt hat. Aufgenommen werden alle über 18 Jahre alten Personen, die vom Stadtrat als Lohnschlächter zugelassen und in dieser Eigenschaft ständig in der Schweinehalle beschäftigt sind. Die Vereinigung umfaßt daher sowohl selbständige Unternehmer, wie solche Personen, die niemals selbständig gearbeitet haben. Als im Laufe des Krieges die Schweineanlieferung immer geringer wurde, schlossen sich die Mitglieder der Vereinigung zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammen. Als solche arbeiten sie abwechselnd auf Rechnung der Vereinigung. Sie schlachten die von den verschiedensten Stellen eingelieferten Schweine. Diese Stellen zahlen für jedes Schwein 3 ℳ an die Vereinigung, bringen die lebenden Schweine und holen die geschlachteten wieder ab. Die Arbeitseinteilung und die Entlohnung der jeweils zur Arbeit herangezogenen Mitglieder der Vereinigung trifft die Vereinigung selbst. Von dem Betrage von 3 ℳ werden 50 Pf. für Verwaltungskosten abgezogen, während der Rest von 2,50 ℳ in eine gemeinsame Kasse fließt, aus welcher die jeweils mit der Arbeit betrauten Mitglieder der Vereinigung gleichmäßig ihre Vergütung erhalten. Der Vorsitzende der Vereinigung, dem nach der

Satzung die Leitung und die Förderung der Vereinigung, sowie ihre Vertretung nach außen obliegt, beteiligt sich selbst nicht an den Schlachtungen, sondern führt lediglich die Verwaltungsgeschäfte der Vereinigung und trifft hierbei die nötigen Anordnungen über die Verteilung der einzelnen Mitglieder auf die einzelnen Arbeitstage und Arbeitsstellen usw. In dieser Eigenschaft erhält er eine Entschädigung, die nach dem Maßstabe berechnet ist, daß wöchentlich für jedes der 80 Mitglieder der Vereinigung ein Betrag von 30 Pf. zugrunde gelegt wird. Soweit die den Mitgliedern der Vereinigung für ihre Arbeitsleistung und die dem Vorsitzenden für seine Verwaltungstätigkeit zugeteilten Beträge den Satz der in M. an Erwerbslose gezahlten Arbeitslosenunterstützung nicht überschreiten, namentlich unter diesem Satze bleiben, wird der Differenzbetrag von der Erwerbslosenfürsorge M. an die Mitglieder der Vereinigung gezahlt. Diese sind also sog. Kurzarbeiter.

Sch. erachtet sich als einen Angestellten der Vereinigung und beansprucht als solcher Versicherungspflicht. Die Allgem. Ortskrankenkasse lehnt diese ab, da die Vereinigung nicht Arbeitgebereigenschaft gegenüber ihren Mitgliedern besitze, es sich bei ihrer Tätigkeit lediglich um eine genossenschaftliche Arbeit handle und ein Unternehmergewinn nicht erzielt werde.

Der Vorsitzende des angerufenen Versicherungsamts wies die Klage des Sch. ab aus folgenden Gründen:

Entscheidend für die Beurteilung der Sachlage ist die Beantwortung der Frage, ob überhaupt bzw. wer Arbeitgeber der durch die Mitglieder der Vereinigung ausgeführten Tätigkeiten ist. Die die einzelnen Schweine anliefernden Stellen scheiden in dieser Beziehung aus. Es ermangeln ihnen alle, den Arbeitgeber kennzeichnenden Eigenschaften, wie Bestimmung von Arbeitszeit, Arbeitsart und Arbeitsfolge, das Recht der Ein- und Ausstellung und der Disziplin über die Arbeitnehmer, Erzielung eines Unternehmergewinnes aus der Arbeitstätigkeit usw. Sie sind lediglich Lieferanten der Vereinigung, auf deren weitere Tätigkeit sie keinerlei ausschlaggebenden Einfluß haben. Auch der Stadtrat, der durch die Festsetzung der allgemeinen Arbeitszeit in der Schlachthalle und das Recht der Ausübung der Hauspolizei einen gewissen Einfluß auf die Tätigkeit der Vereinigung ausübt, kann als Arbeitgeber nicht angesprochen werden. Er steht zur Vereinigung lediglich im Verhältnis eines Vermieters zum Mieter. Wie dieser einem mietenden Geschäftsmann gegenüber nicht zum Arbeitgeber wird, so ist es auch bei ihm der Fall.

Es bleibt daher nur zu prüfen, ob die Vereinigung nicht selbst Arbeitgeber ihrer Mitglieder ist. An sich ist es nicht ausgeschlossen, daß ein oder mehrere Mitglieder einer Vereinigung zu dieser in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. So ist das Mitglied einer Stierhaltereigenossenschaft, das die Wartung der Stiere gegen Entgelt besorgte, als Arbeiter der Genossenschaft (Entsch. des RVA. v. 3. Mai 1909, Amtl. Nachr. 1910 S. 439), der Kassierer einer eingetragenen Genossenschaft, der zugleich Vorstandsmitglied war, als Angestellter dieser Vereinigung (Entsch. des RVA. v. 29. September 1898, Amtl. Nachr. 1899 S. 649) erachtet worden. In allen diesen und ähnlichen Fällen handelt es sich aber darum, daß einmal nur einige wenige Mitglieder dieser Vereinigungen in Frage kamen und daß diese in ihrer Tätigkeit in eine persönliche Abhängigkeit von der Gesamtheit traten. Im vorliegenden Falle handelt es sich aber darum, daß die Gesamtheit aller Mitglieder der Vereinigung sich gleichberechtigt an den Arbeiten beteiligt, daß ein Über- oder Unterordnungsverhältnis nicht stattfindet, daß ein Unternehmergewinn als solcher nicht erzielt wird, daß vielmehr der Erlös der Tätigkeit nach Abzug der Verwaltungskosten gleichmäßig auf sämtliche jeweils arbeitenden Mitglieder der Vereinigung verteilt wird, jedes dieser Mitglieder also gleichermaßen Unternehmer der Tätigkeit ist. Auch der Umstand, daß der Vorstand der Vereinigung nicht selbst mit Hand anlegt, und für seine Verwaltungstätigkeit eine besondere Vergütung erhält, macht ihn noch nicht zum Arbeitgeber der Vereinigungsmitglieder. Er ist lediglich Erster unter Gleichen und ersichtlich nur mit Rücksicht auf den Umfang seiner Verwaltungstätigkeit von der Mitarbeit befreit; die ihm gewährte Vergütung bildet daher nur einen Ausgleich für den ihm entgehenden Anteil an dem Arbeitserträgnis.

Die Mitglieder der Vereinigung sind daher Mitunternehmer auf genossenschaftlicher Grundlage. Sie stehen einander gleichberechtigt gegenüber. Der Vorstand ist ebensowenig Arbeitgeber seiner Mitglieder, wie dies der Leiter der in der Entsch. des RVA. v. 14. Februar 1910 (Amtl. Nachr. 1910 S. 470) erwähnten Militärkapelle in den Fällen war, in welchen die Kapelle Musikaufführungen für Privatpersonen veranstaltete. Ebensowenig wie aber hier diesen Privatpersonen oder etwa der Kapelle als solcher Arbeitnehmereigenschaft gegenüber den Angehörigen der Kapelle zukam, ebensowenig ist dies hinsichtlich der Schweine anliefernden Stellen oder der Vereinigung selbst gegenüber den Mitgliedern der Vereinigung der Fall.

Was nun die Aufnahme der Vereinigung in die Fleischerei-Berufsgenossenschaft, also die anscheinend erfolgte Anerkennung der Versicherungspflicht der Vereinigung auf dem Gebiete der Unfallversicherung betrifft, so ist diese Tatsache für die Entscheidung im vorliegenden Fall nicht maßgebend. Die Rechtslage und Rechtsauffassung kann sehr wohl eine verschiedene sein, je nachdem der Tatbestand in mehr oder weniger klarer Deutlichkeit zur Kenntnis der entscheidenden Stelle kam; die Entscheidung auf dem Gebiete der Krankenversicherung konnte daher erfolgen, ohne daß das Eintreffen der Akten der Fleischerei-Berufsgenossenschaft abzuwarten war.

Es war daher zu erkennen wie geschehen. Dabei bleibt es dahingestellt, inwieweit nicht etwa die Mitglieder der Vereinigung, nachdem in M. auf Grund § 12b der Verordnung v. 15. April 1919 (RGBl. S. 399) eine allgemeine Versicherung aller Erwerbslosen bei der Allgemeinen Krankenkasse M.

vereinbart ist, für die Dauer ihrer Behandlung als „Kurzarbeiter" auf Rechnung der Erwerbslosenfürsorge gegen Krankheit zu versichern sind.

Vorentscheidung ist nur bei völlig klar liegenden Sachen zulässig, die eine Beweisaufnahme nicht erfordern.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 22. Juli 1919 (2547 Amtl. Nachr. 1919 S. 424).

Die Beklagte hat nach Erlaß ihres ablehnenden Bescheids auf einen Antrag des Klägers, ein Heilverfahren einzuleiten, das Gutachten des Sanitätsrats Dr. B. vom 22. August 1918 eingeholt. Der Vorsitzende des Oberversicherungsamts hat seine Vorentscheidung auch auf dieses Gutachten, von dem der Kläger übrigens nicht einmal Kenntnis erhalten hat, gestützt. Hierin liegt ein wesentlicher Mangel des Verfahrens. Wie das Reichsversicherungsamt bereits grundsätzlich entschieden hat, kann eine Vorentscheidung nach § 1657 in Verbindung mit § 1679 RVO. dann nicht mehr erlassen werden, wenn der Vorsitzende des Oberversicherungsamts bereits Beweis erhoben hat (zu vgl. Revisionsentsch. 1833, Amtl. Nachr. 1914 S. 499). Der Erlaß einer Vorentscheidung soll auf klarliegende Sachen beschränkt bleiben. Dazu gehören Streitfälle, die noch Beweiserhebungen fordern, nicht. Zwar hat hier nicht der Vorsitzende des Oberversicherungsamts den Beweis durch Einholung des Gutachtens des Dr. B. erhoben, sondern die Beklagte hat das Gutachten nach Erlaß des Bescheids erfordert. Dies ist indessen unerheblich. Denn der Vorsitzende hat das Gutachten verwertet und damit die Feststellung begründet, daß der Kläger noch nicht invalide im Sinne des § 1255 RVO. ist. Die Vorentscheidung beruht mithin auf einer neuen Beweisaufnahme. Es handelt sich also nicht um eine völlig klarliegende Sache, die eine Beweisaufnahme nicht erforderte. In solchen Sachen sind aber, wie in der Revisionsentsch. 1833 ausgeführt ist, Vorentscheidungen des Vorsitzenden nicht zulässig. Die angefochtene Entscheidung war daher aufzuheben.

C. Zur Krankenversicherung.

Einstellung der Arbeit wegen bevorstehender Entbindung bedeutet nicht ohne weiteres Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis.

Urteil des **Landgerichts Leipzig** (6. Zivilk.) vom 26. November 1919 (6. Dg 224. 19).

Die Klägerin (Ortskrankenkasse) hat der damals noch minderjährigen Arbeiterin B., welche seit dem 4. Juli 1918 bei der Beklagten (Firma K. & A.) in Arbeit und von dieser bei der Klägerin zur Krankenversicherung ordnungsgemäß angemeldet worden war, anläßlich ihrer Erkrankung an Rheumatismus der rechten Hand vom 21. bis 28. Dezember 1918 und anläßlich ihrer am 31. Dezember 1918 erfolgten Entbindung folgende, der B. satzungsgemäß zustehende Leistungen im Betrage von zusammen 167,90 *M* gewährt. Hiervon fordert die Klägerin, unter Vorbehalt der Restansprüche, einen Teilbetrag von 60 *M* nebst 4 v. H. Zinsen seit dem 12. Februar 1919 von der Beklagten auf Grund von § 823 Abs. 2 des BGB. ersetzt, weil diese gegen ein den Schutz der Klägerin bezweckendes Gesetz, nämlich gegen § 317 RVO. insofern verstoßen habe, als sie die B. nicht binnen 3 Tagen vom Tage des Austritts an bei der Klägerin abgemeldet, sondern das Krankengeld für die B. an die Klägerin weiter bezahlt habe, trotzdem die B. bereits am 30. November 1918 aus dem Arbeitsverhältnis bei der Beklagten ausgeschieden gewesen sei. Erst am 24. Februar 1919 habe die Beklagte die Abmeldung nachgeholt. Die Klägerin sei hierdurch in den Glauben versetzt worden, die B. sei noch bei der Beklagten in Stellung, als die B. die satzungsgemäßen Beträge verlangte und von der Klägerin gewährt erhielt.

Die Beklagte verneint, daß sie sich eines vorsätzlichen oder fahrlässigen Verstoßes gegen § 317 RVO. schuldig gemacht habe. Denn die B. habe die Arbeit bei ihr nicht aufgegeben, sondern nur mit Rücksicht auf die nahe bevorstehende Entbindung und die Schwangerschaftsbeschwerden bis zur Entbindung in beiderseitigem Einverständnis eingestellt. Deshalb sei auch das Arbeitsbuch der B. bei der Beklagten geblieben und die Bezahlung der Beträge zur Krankenversicherung fortgesetzt worden. Als die B. nach ihrer Entbindung die Arbeit nicht wieder aufgenommen habe, sei ihre ordnungsmäßige Abmeldung erfolgt.

Das Amtsgericht hat die beklagte Firma zur Zahlung verurteilt. Dies Urteil ist auf Berufung der Beklagten vom Landgericht aufgehoben und die Klage der Krankenkasse abgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Das unstreitige tatsächliche Vorbringen der Parteien und die Beweisergebnisse lassen die Feststellung nicht zu, daß die Beklagte sich eines vorsätzlichen oder fahrlässigen Verstoßes gegen § 317 der Reichsversicherungsordnung im Sinne von § 823 Abs. 2 BGB. schuldig gemacht habe, der Erhebung des weiteren hierzu von der Beklagten angebotenen Entlastungsbeweises bedarf es nicht erst. Es darf als die Regel angenommen werden, daß eine Frau, welche vor ihrer Entbindung steht und Schwangerschaftsbeschwerden und Schmerzen hat, die letzten Wochen vor der Entbindung die Arbeit einstellt. In dieser tatsächlichen Einstellung der Arbeit liegt an sich noch kein Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis. Würde man darin in jedem Falle eine Aufgabe des Arbeitsverhältnisses erblicken, so würde die Folge sein, daß die versicherte Frau von ihrer bisherigen Arbeitgeberin aus der Krankenversicherung abgemeldet werden müßte und damit ihre Ansprüche auf Wochen- und Entbindungskosten usw. verliere, sofern sie nicht selbst die Versicherung freiwillig fortsetzt. Das ist der Wille des Gesetzes nicht. Das

Gesetz, welches auf Grund des bisherigen Krankenversicherungsverhältnisses Wochengeld, Entbindungskosten usw. zubilligt, geht vielmehr davon aus, daß das bisherige Arbeitsverhältnis trotz der tatsächlichen Unterbrechung vor und nach der Entbindung bestehen bleibt. Es ist daher zu prüfen, ob im vorliegenden Falle eine Annahme hiervon vorliegt. Der Amtsrichter bejaht das auf Grund der Aussage der Zeugin B., sie habe sich selbstverständlich auf ihren Wunsch und wegen ihres Zustandes als entlassen angesehen. Diese Beweiswürdigung wird dem sonstigen Ergebnisse der Beweisaufnahme nicht gerecht. Die Zeugin B. hat selbst ausgesagt, sie habe ihre Niederkunft für Mitte oder Ende Dezember 1918 erwartet. Beachtet man, daß der Anspruch auf Wochengeld 14 Tage vor der Entbindung einsetzt, so ist der Zeitpunkt, zu welchem die Zeugin wegen ihrer Schwangerschaftsbeschwerden und Schmerzen die Arbeit einstellte, nicht als verfrüht anzusehen, und es läßt sich kein Schluß für eine beabsichtigte Auflösung des Arbeitsverhältnisses daraus entnehmen. Es liegt vielmehr nach der äußeren Sachlage der regelmäßige Fall der Unterbrechung der Arbeit infolge Schwangerschaft vor. Daß die Entbindung selbst etwas später erfolgte, ändert hieran nichts. Ihr Zeitpunkt läßt sich nicht auf den Tag und die Woche genau vorausbestimmen. Das hängt von verschiedenen Zufälligkeiten und Voraussetzungen ab. Weiter ist aber auch nicht jede Frau in der Lage, gerade bis zwei Wochen vor ihrer Entbindung wie bisher zu arbeiten. Auch das ist ganz nach der Lage des einzelnen Falles durch die persönlichen Voraussetzungen hierfür bestimmt. Daß die Zeugin B. während der Zeit, wo sie anläßlich der bevorstehenden Entbindung von der Arbeit mit Zustimmung der Beklagten fernblieb, keinen Lohn erhielt, ist selbstverständlich. Hieraus ist für die Auflösung des Arbeitsverhältnisses nichts herzuleiten.

Wesentlich für die Frage, ob eine Auflösung beabsichtigt war oder nicht, ist aber die Tatsache, daß die Zeugin B. sich wegen der Weiterzahlung der Krankenversicherungsbeiträge während der Zeit, wo sie nicht arbeitete, ausdrücklich an den Inhaber der Beklagten gewandt und sich an dem Tage, wo sie die Arbeit anläßlich der Entbindung unterbrach, von ihm die Zusage hat geben lassen, er werde diese Beiträge bis zu ihrer Niederkunft bezahlen. Zu einer solchen Zusage hatte die Beklagte keinen Anlaß, wenn das Arbeitsverhältnis wirklich aufgelöst und nicht nur die Arbeit vorübergehend eingestellt werden sollte. Die Zeugin B. aber mußte sich sagen, daß ihr kein Anspruch auf diese Weiterzahlung anstände, wenn das Arbeitsverhältnis wirklich für immer beendet sein sollte. Sie hat sich auch das gesagt, und die Unterbrechung der Arbeit offenbar nur als eine Art Beurlaubung ohne Lohn anläßlich der bevorstehenden Entbindung angesehen. Denn sonst hätte sie ihr Arbeitsbuch verlangt und sich darin die Beendigung des Arbeitsverhältnisses bescheinigen lassen. Mit diesen Tatsachen steht ihre spätere Zeugenaussage, sie habe sich als entlassen angesehen, in nicht vereinbartem Widerspruch. Der Widerspruch löst sich, wenn man erwägt, daß die Einführung der Arbeitslosenunterstützung auf die Arbeitslust der Zeugin B. offenbar nicht ohne Wirkung geblieben ist. Denn nach der eigenen Aussage der B. hat ihr der Zeuge Ba. Mitte Februar 1919 gesagt, sie könne am nächsten Tage wieder anfangen. Die Aussage der Zeugin B. ist daher, angesichts des hervorgehobenen Widerspruchs zu den tatsächlichen Vorgängen vom 30. November 1918, nur als eine durch ihr späteres Verhalten bedingte persönliche Beurteilung der damaligen Arbeitsunterbrechung anzusehen. Zu der Feststellung, daß auch die Beklagte am 30. November 1918 davon ausgegangen sei, daß das Arbeitsverhältnis seine Beendigung gefunden habe, läßt sich die Aussage der Zeugin B. nicht verwenden. Deren eigenes Verhalten steht einer solchen Auslegung entgegen. Denn sie ist nach ihrer Entbindung tatsächlich wieder zur Beklagten gegangen und hat mit deren Maschinenmeister Ba. wegen der Wiederaufnahme der Arbeit gesprochen.

Hierzu tritt die Erwägung, daß für die Beklagte keinerlei Anlaß vorlag, zugunsten der ihr gleichgültigen Arbeiterin sich einer Täuschungshandlung gegen die Klägerin schuldig zu machen, indem sie durch Weiterzahlung der Versicherungsbeiträge ihr vorspiegelte, das Arbeitsverhältnis bestehe noch weiter. Die Beklagte hatte auch keinen Anlaß, die Beiträge weiterzuzahlen, wenn sie das Arbeitsverhältnis als gelöst und nicht nur die Arbeit als vorübergehend unterbrochen ansah. Die Beklagte dürfte vielmehr nach der tatsächlichen Lage des Falles mit Recht annehmen, daß die Arbeiterin, welche sich die Weiterzahlung der Versicherungsbeiträge zusagen ließ und auch ihr Arbeitsbuch nicht zurückverlangte, nur anläßlich ihrer Entbindung beurlaubt, nicht aber entlassen sein wollte. Damit aber entfällt jegliche Fahrlässigkeit geschweige denn Vorsatz im Handeln der Beklagten. BGB. § 823.

Daß die Dauer der Beurlaubung oder Unterbrechung im Falle der Entbindung zwei Monate dauert, ist das natürliche Zeitmaß. Das gesetzliche Wochengeld wird allein auf 57 Tage gewährt. Den Schlüssen, welche der Amtsrichter aus der langen Dauer der Unterbrechung zieht, vermag das Berufungsgericht daher nicht beizutreten. Als Zeit der Beurlaubung im engeren Sinne kam zudem nur die weit kürzere Zeit bis kurz vor der Entbindung, die die Zeugin schon für Mitte Dezember als frühesten Zeitpunkt angab, in Betracht. Das Interesse der Beklagten, sich die Zeugin B. als Arbeiterin zu halten, mag vorgelegen haben. Es bestand aber auf seiten der Zeugin B. das Interesse, sich die Weiterzahlung der Versicherungsbeiträge durch die Beklagte zu sichern. Dieses beiderseitige Interesse würde aber gerade gegen das Vorliegen der Absicht auf Auflösung des Arbeitsverhältnisses sprechen. Die tat-

sächlichen Feststellungen genügen jedenfalls nicht, um der Beklagten eine unlautere Handlungsweise zum Nachteile der Klägerin oder auch nur einen fahrlässigen Verstoß im Sinne von § 823 des BGB. zu unterstellen.

Dies bedingt die Aufhebung des Amtsgerichtlichen Urteils und die Abweisung der Klage mit der sich aus § 91 der Zivilprozeßordnung ergebenden Kostenfolge.

Unwirksamkeit einer Bestimmung der Krankenordnung, daß Krankenhauspflege die Regel bildet.

Vorentscheidung des Vorsitzenden des **Versicherungsamts München** v. 19. Juli 1919 (9407 K).

. . . Wie die Entstehung des § 184 RVO. lehrt, entwickelten sich über die Frage der Gewährung der Krankenhauspflege im Reichstage und in den Kommissionen lebhafte Debatten. Den Befürwortern einer möglichst ausgedehnten Krankenhauspflege standen diejenigen Kreise gegenüber, die mit Rücksicht auf die finanziellen Wirkungen eine gewisse Beschränkung in der Gewährung der Krankenhauspflege wünschten. Aus den Debatten ging dann der gegenwärtige § 184 RVO. hervor, der den Kassen ein Wahlrecht hinsichtlich der Gewährung der Krankenhauspflege läßt und ihnen in gewissen Fällen (vgl. Abs. 3 und 4) die Gewährung besonders nahelegt. Dadurch, daß der Kasse ein Wahlrecht eingeräumt ist, kann die Kasse aber kein Recht ableiten, wie es in der Krankenordnung der Allgemeinen Ortskrankenkasse K. geschieht, Krankenhauspflege als die Regel festzulegen und das Wahlrecht nur hinsichtlich etwa zu erlassender Ausnahmen auszuüben. Im Charakter des Wahlrechts liegt es, daß es von Fall zu Fall unter Würdigung aller jeweils in Betracht kommender Momente ausgeübt wird. Auch kennt die RVO. die Krankenhauspflege nicht als die regelmäßige, d. h. als die primär zu gewährende Leistung. Primäre Leistung ist die Krankenhilfe; der an ihrer Stelle gewährten Krankenhauspflege kommt durchaus subsidiärer Charakter zu. Es steht also mit dem Gesetze in Widerspruch, Krankenhauspflege als die Regel festzulegen und die Versicherten demgemäß zum Aufsuchen des Krankenhauses bei jeder Erkrankung zu verpflichten, sofern Arbeitsunfähigkeit in Frage steht. Es steht der Kasse frei, sich überwiegend der Krankenhauspflege zu bedienen, und es ist ein solches Vorgehen auch im Interesse der Versicherten gelegen; es kann seine Ausübung bei dem gegenwärtigen Stand der Gesetzgebung aber nie dazu führen, für die Versicherten generell die Verpflichtung zum Aufsuchen des Krankenhauses auszusprechen und sich lediglich die Ausnahmen hiervon vorzubehalten.

Die Kasse hat anscheinend selbst das Bewußtsein gehabt, daß ihr Vorgehen mit dem Gesetz nicht ganz im Einklang steht. Denn in der Satzung findet sich kein Wort davon, daß die Krankenhauspflege die Regel sei. Erst in die Krankenordnung ist diese Bestimmung aufgenommen worden. Damit begibt sich aber die Krankenordnung auf das Gebiet der Regelung des materiellen Rechts. Dies ist aber nicht ihre Aufgabe, sondern diejenige der Satzung (vgl. RevEntsch. d. RVA. Nr. 2321 vom 30. Januar 1917, Amtl. Nachr. 1917 S. 389). Nach § 347 Abs. 1 RVO. regelt die Krankenordnung „Meldung und Überwachung der Kranken, sowie ihr Verhalten". Ihr Inhalt erstreckt sich also nur auf formelle Fragen; dem widerspricht § 3 der Krankenordnung in seiner gegenwärtigen Fassung, namentlich in seinem Absatz 2. Das Versicherungsamt hätte ihn daher nicht genehmigen dürfen. Die trotzdem erfolgte Genehmigung vermag dem Versicherten gegenüber Rechtswirkungen nicht zu begründen.

Soweit daher die Kasse die Weigerung der Gewährung des Krankengeldes hinsichtlich der vor dem 17. April 1918 liegenden Zeit auf das Nichtaufsuchen des Krankenhauses Th. stützt, ist die Weigerung ungerechtfertigt. Da aber eine gesetzlich festgelegte Pflicht zum Eintritt in das Krankenhaus für den Versicherten nicht besteht, da vielmehr die Kasse ihr Wahlrecht ausüben muß, die Ausübung dem Versicherten gegenüber durch die förmliche Einweisung kundgegeben wird, eine solche hier aber nicht erfolgt ist, so kann auch nicht davon gesprochen werden, daß W. am 29. Juni 1918 das Krankenhaus unberechtigt verlassen hat. Bei der gegenwärtigen Fassung des § 3 der Krankenordnung kommt ein unberechtigtes Verlassen des Krankenhauses überhaupt nur in den Fällen des Absatz 4 in Frage, in dem allein von einer „Anordnung" der Krankenhauspflege gesprochen wird und auf die allein seiner ganzen Stellung im genannten Paragraphen nach sich die Vorschrift bezieht, daß ein unberechtigtes Verlassen des Krankenhauses den Verlust sämtlicher Ansprüche an die Kasse nach sich zieht. Unter diesen Umständen kann von der weiteren Prüfung der Frage, ob etwa bei Annahme einer Verpflichtung zum Aufsuchen des Krankenhauses im vorliegenden Falle angesichts des Verhaltens des Arztes und der Art der Erkrankung ein „unberechtigtes" Verlassen des Krankenhauses überhaupt nicht vorliegt, abgesehen werden.

Es war vielmehr die Verpflichtung der Krankenkasse zur Gewährung des Krankengeldes auch für die Zeit nach dem Austritt aus dem Krankenhause auszusprechen. . . .

Anmerkung: Die Entscheidung wurde vom Oberversicherungsamt bestätigt.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Zuständigkeit zur Entscheidung über den Beginn der Versicherungsfreiheit nach § 9 Abs. 3 AngestVersGes.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** vom 31. Mai 1919 (P. 56, 57/19).

Streitig ist, ob die mit Rückwirkung zum 1. April 1916 erfolgte Ernennung des St. zum Reichsbeamten und die damit verliehene Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten die Versicherungsfreiheit rückwirkend zum 1. April 1916 oder erst vom 24. März 1917, dem Tage der Bekanntgabe der Ernennung und Verleihung der Anwartschaft, ab begründet. Es handelt sich also um die Entscheidung der Frage, von welchem Zeitpunkt ab für St. die Versicherungsfreiheit nach § 9 Abs. 1 AngestVersGes. eingetreten ist.

Nach § 9 Abs. 3 entscheidet, ob eine Anwartschaft als gewährleistet anzusehen ist, für die Beschäftigten in Betrieben oder im Dienste des Reichs der Reichskanzler. Die Entscheidung hierüber ist also den Instanzen der Angestelltenversicherung entzogen. Nun hat allerdings das Gesetz eine besondere Vorschrift darüber, welche Stelle über den Zeitpunkt des Beginns der Gewährleistung der Anwartschaft und damit der Versicherungsfreiheit zu entscheiden hat, nicht getroffen. Da das Gesetz aber anderseits, wie erwähnt, die Entscheidung der Frage hinsichtlich der Gewährleistung der Anwartschaft ganz allgemein nicht den Instanzen der Angestelltenversicherung übertragen hat, so muß angenommen werden, daß die Stelle, die über die Gewährleistung der Anwartschaft als solche, also hier der Reichskanzler, auch über den Zeitpunkt des Beginns der Gewährleistung der Anwartschaft und damit der Versicherungsfreiheit zu entscheiden hat. Denn die Frage, ob die Anwartschaft überhaupt gewährleistet und Versicherungsfreiheit gegeben ist, schließt begrifflich notwendigerweise die gleichzeitige Feststellung in sich, von welchem Zeitpunkt ab die Entscheidung wirksam ist. Eine andere Auffassung würde dazu führen, daß über die begrifflich gleiche Frage zwei besondere Instanzen nebeneinander zu entscheiden hätten. Dies wäre der Fall, wenn zunächst die oberste Reichsbehörde die Frage der Gewährleistung der Anwartschaft und dann die Instanzen der Angestelltenversicherung die Frage des Beginns der Gewährleistung zu entscheiden hätten. Hätte dies der Gesetzgeber beabsichtigt, so hätte er dies, wie es im § 12 hinsichtlich der Befreiung nach § 11 geschehen ist, besonders zum Ausdruck bringen müssen.

Sonach konnte die vorliegende Streitfrage im Verfahren gemäß § 210 AngestVersGes. nicht zum Austrag gebracht werden. Der Rentenausschuß war daher nicht zur Entscheidung zuständig.

Erhaltung der Anwartschaft als Voraussetzung der Beitragserstattung.

Urteil des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** v. 11. Juni 1919 (P. 61/19).

. . . Wie in dem grundsätzlichen Urteil des Oberschiedsgerichts vom 12. März 1919 in Sachen B. — P. 14/19 — näher erörtert ist, setzt der Anspruch auf Beitragserstattung nach § 398 Angest. VersGes. die Erhaltung der Anwartschaft voraus. Von dieser Erhaltung der Anwartschaft macht das Gesetz alle Leistungs- und Erstattungsansprüche abhängig. Wie das Schiedsgericht mit Recht ausführt, treten die Erstattungsansprüche aus Billigkeitsgründen an die Stelle der sonst im Gesetze dem Versicherten zugebilligten Versicherungsleistungen. Voraussetzung für einen Erstattungsanspruch ist, daß der Versicherte, abgesehen von den besonderen Voraussetzungen des Gesetzes, einen Anspruch auf Versicherungsleistungen haben würde. Dies trifft beim Fortfall der Anwartschaft nicht mehr zu, und es kann deshalb auch ein Erstattungsanspruch nicht erhoben werden.

Die gleichen Erwägungen, die zu diesem Ergebnis für die Anwendung des § 398 des Gesetzes geführt haben, treffen auch für die Bekanntmachung vom 26. Mai 1916*) zu.

Es ist zuzugeben, daß hierdurch für den einzelnen Versicherten Härten entstehen, insofern er die von ihm eingezahlten Beiträge verliert, ohne dafür eine Gegenleistung zu empfangen. Diese Härten sind aber unvermeidlich, um der Reichsversicherungsanstalt die Mittel zur Befriedigung der berechtigten, an sie herantretenden Ansprüche zu verschaffen und ihr die Möglichkeit eines ordnungsmäßigen Geschäftsbetriebes nicht abzuschneiden. Die gesetzlich vorgeschriebene Erhaltung der Anwartschaft dient zu dem Zwecke, der Reichsversicherungsanstalt eine Übersicht über die Höhe ihrer laufenden Versicherungen, also über die ihr möglicherweise erwachsenden Verpflichtungen zu verschaffen und damit die Grundlage für eine ordnungsmäßige Rechnungsführung, Bilanzierung und Vermögensverwaltung zu gewähren (zu vgl. Hagen, Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte, Anm. 5 ff. zu § 49 S. 75). Diese Gründe treffen ebensowohl für die regelmäßigen auf dem Gesetz beruhenden Ansprüche auf Gewährung von Ruhegeld und Hinterbliebenenrente zu, wie für die außerordentlichen Ansprüche auf Rückerstattung von Beiträgen, wie sie im § 398 des Gesetzes und auch in der Bekanntmachung vom 26. Mai 1916 zugebilligt sind. Die hieraus erwachsenden Härten muß der einzelne zum Vorteil des Gesamtwohls der Versicherten auf sich nehmen.

*) ArbVers. 1916 S. 401.

Sprechsaal.

Kann die uneheliche Wöchnerin durch die Krankenkasse zur Nennung des Vaters ihres Kindes angehalten werden?

Durch die dem § 1542 RVO. im Ges. v. 26. 9. 19 gegebene Fassung ist klargestellt, daß auch der Ersatzanspruch einer unehelichen Wöchnerin gegen den Vater des Kindes (§ 1715 BGB.) auf die Krankenkasse übergeht (zu vgl. die amtl. Erläuterungen zu § 205 c, ArbVers. 1920 Heft 2 S. 34). Hierdurch ist von neuem der alte Streit darüber lebhaft entbrannt, ob die uneheliche Wöchnerin von der Krankenkasse zum Zwecke der Verwirklichung des kraft Gesetzes auf die Kasse übertragenen Anspruchs angehalten werden kann, den Vater ihres Kindes zu nennen. Die Frage kann nach dem neuen Rechte nicht anders als vorher beantwortet werden, da die neue Fassung des § 1542 RVO. im Grunde nur das alte Recht maßgebend erläutert („deklariert"), nämlich dahin, daß zu den Ansprüchen auf „Ersatz eines Schadens" im Sinne des § 1542 RVO. auch der erwähnte Anspruch der unehelichen Mutter gegen den Vater ihres Kindes gehört. Die Pflicht der Mutter, den Vater zu bezeichnen, war aber von jeher streitig. Wohl überwiegend ist sie im Anschluß an meine Ausführungen in ArbVers. 1907 S. 696 ff. verneint worden (zu vgl. die Entscheidungen in ArbVers. 1916 S. 226 ff.). Wenigstens sind gerichtliche Entscheidungen, durch die eine Wöchnerin zur Auskunft über den Erzeuger ihres Kindes angehalten worden wäre, oder überhaupt Entscheidungen der hierzu berufenen bürgerlichen Gerichte über diese Frage nicht bekannt geworden, so daß es scheint, als ob die Kassen im allgemeinen davon abgesehen haben, solche Prozesse anhängig zu machen; und daran haben sie — wie gezeigt werden soll — recht gut getan.

Soll das unter der Herrschaft des Gesetzes v. 26. 9. 19, das doch diese Frage im Grunde gar nicht berührt, anders werden? Die Krankenkassen — anscheinend beirrt durch die an drei Stellen des Gesetzes vorkommende Erwähnung, also scheinbar besonders nachdrückliche Betonung solcher Ersatzansprüche in den §§ 10 (§ 205 c), 14, 21 — bekunden jetzt offenbar die Neigung, den Weg des Zwanges gegen die unehelichen Wöchnerinnen zu beschreiten, und ein Praktiker und Rechtskenner, wie Seelmann, ermuntert sie hierzu. In der „Krankenversicherung" Nr. 1 von 1920 tritt er meinen erwähnten Ausführungen entgegen und gibt aus ihnen zunächst folgendes wieder:

„Hahn gibt zu, daß §§ 402, 412 BGB., die, auch bei Übertragung einer Forderung kraft Gesetzes, dem bisherigen Gläubiger die Pflicht auferlegen, dem neuen Gläubiger die zur Geltendmachung der Forderung nötige Auskunft zu erteilen, wohl bei dem Übergang von Forderungen auf Grund der Versicherungsgesetze angewendet werden könnten. „Nur", so fährt Hahn fort, „darf dabei nie außer Betracht gelassen werden, daß es sich eben um ein auf öffentlich-rechtlichem Boden erwachsenes Verhältnis handelt und daß diese Natur des Verhältnisses Abweichungen und Besonderheiten gebieten kann. Im vorliegenden Falle handelt es sich um ein Gesetz, welches der Krankenfürsorge der gegen Lohn arbeitenden Volksklassen zu dienen bestimmt ist. Daß ihnen diese Fürsorge zuteil werde, liegt nicht nur im Privatinteresse der Versicherten, sondern zugleich im dringendsten Interesse der Allgemeinheit. Bei der Wöchnerinnenunterstützung kommt noch das besondere Interesse an gehöriger Fürsorge mit Rücksicht auf das Wohl der Kinder, der kommenden Generation, in Betracht. Mit diesen Zwecken würde sich die in Frage stehende Auskunftspflicht schlecht vertragen. Wichtige wirtschaftliche und andere höchst persönliche, selbst moralische Rücksichten können der Wöchnerin gebieten, den Vater ihres Kindes nicht zu verraten; sie kann auch (was mitzuteilen besonders peinlich wäre) über die Person tatsächlich im ungewissen sein; ja sie kann unter Umständen durch Nennung des Vaters sich der Gefahr strafrechtlicher Verfolgung aussetzen; z. B. wenn es sich um einen Ehemann handelt usw. Ein Zwang zur Erteilung der Auskunft würde hiernach einen unerträglichen Gewissenszwang einschließen, und es kann daher nicht angenommen werden, daß es im Sinne des KVG. liegt, die Wöchnerin mit einer so drückenden Verpflichtung zu belasten, die sie unter Umständen veranlassen könnte, lieber ihren Fürsorgeanspruch preiszugeben."

Hiergegen macht Seelmann geltend: Die Krankenkassen seien grundsätzlich verpflichtet, den Ersatzanspruch gegen den Vater zu verfolgen, weil sie nicht zum Schaden der Kasse auf Forderungen verzichten dürften. Verwirklichen könnten sie aber den Anspruch nicht, ohne den Vater zu kennen. Deshalb könne es nicht in das Belieben der Wöchnerin, die regelmäßig nur allein Auskunft geben könne, gestellt sein, den Schwängerer namhaft zu machen. Eine Unterscheidung, ob sie besondere Gründe, die Namhaftmachung zu verweigern, habe oder nicht, sei nicht möglich, weil ihre Gründe, die sie übrigens auch nicht anzugeben brauchte, nicht nachgeprüft werden könnten. Die Fälle, in denen der Zwang eine besondere Härte darstellen würde, würden gewiß nicht die Mehrzahl bilden. Man könne zugestehen, daß in solchen Fällen die Kassen von der Geltendmachung des Anspruchs absehen dürfen; nicht aber könne man aus solchen Härten im Einzelfall folgern, daß die Wöchnerinnen grundsätzlich die Namhaftmachung des Vaters verweigern dürfen. Daß die Wöchnerin unter Umständen lieber ihren Fürsorgeanspruch preisgeben als den Vater des Kindes namhaft machen werde, sei richtig, aber nicht entscheidend; denn es seien genug Fälle denkbar, in denen die Preisgabe ihres Anspruchs durchaus zweckmäßig und ratsam sei, z. B. wenn sie von dem Schwängerer vollen Unterhalt und die Entbindungskosten oder eine Abfindungssumme erhalten habe usw. Das Ergebnis seiner Erwägungen faßt Seelmann dahin zusammen: „Hiernach ist m. E. davon auszugehen, daß die Wöchnerin verpflichtet ist, der Kasse den außerehelichen Vater namhaft zu machen. Lehnt sie es ab und erkennt die Krankenkasse die von ihr vorgebrachten Gründe nicht als triftig an, so muß m. E. die Krankenkasse den Versuch machen, den Vater auf andere Weise zu ermitteln, durch Befragung des Vormundes, Einsichtnahme in die Vormundschaftsakten, geeignetenfalls auch durch Klage gegen die Wöchnerin. Zu vgl. Seelmann, Wochenhilfe und Wochenfürsorge S. 46, 47."

Mit dem Hinweis auf die Befragung des Vormundes und auf Auskunft des Vormundschaftsge-

richtes oder Einsicht in die Vormundschaftsakten hat es seine Richtigkeit (ArbVers. 1919 Heft 32 S. 634 Ziff. 3 d); aber mit der „geeignetenfalls" empfohlenen Klage gegen die Wöchnerin ist der Krankenkasse ein richtiges Messer ohne Heft und Klinge in die Hand gegeben. Wollte ein Gericht wirklich, über meine Erwägungen hinweg, die Wöchnerin zur Nennung des Vaters ihres Kindes verurteilen, so fragt es sich, wie ein solches Urteil zu vollstrecken sein würde. Die einzige Möglichkeit weist § 888 ZivPrOrdg. nach: Das Prozeßgericht, das die Verurteilung ausgesprochen hat, hätte auf Antrag der Kasse weiter zu erkennen, daß die Wöchnerin zur Nennung des Vaters „durch Geldstrafen bis zum Gesamtbetrage von 1500 *M* oder durch Haft anzuhalten sei"! Also durch ein geradezu barbarisches Zwangsmittel angesichts der möglicherweise vorliegenden, auch unter sozialen und sittlichen Gesichtspunkten als berechtigt anzuerkennenden Gründe, die der Wöchnerin Schweigen gebieten! Was wird die Wöchnerin unter solchen Umständen tun, wenn sie Schweigen nicht nur für vorteilhaft, sondern vielleicht sogar für sittlich geboten hält? Lügen wird sie und sagen: sie kenne den Namen des Vaters ihres Kindes nicht. Und das braucht nicht einmal Lüge zu sein. Es ist ein altes Rechtssprichwort: Mater certa, pater semper incertus. Das heißt: So offenkundig die Mutterschaft ist, die Vaterschaft ist immer in Dunkel gehüllt. Es kann sein, daß die Wöchnerin in einer schwachen Stunde einem Unbekannten zum Opfer gefallen ist, oder daß sie sich in der maßgebenden Empfängniszeit mehreren Männern hingegeben hat und daher den Vater des Kindes wirklich nicht kennt. Sie braucht sich darüber nicht näher auszulassen. Wie sie nach Seelmanns eigenem Zugeständnis die Gründe ihres anfänglichen Schweigens nicht anzugeben braucht, so braucht sie nun auch die Gründe ihrer behaupteten Unkenntnis des Vaters nicht kundzugeben. Es gibt kein weiteres Zwangsmittel gegen sie, insbesondere nicht etwa einen Zwang zu eidlicher Erhärtung, wenn sie im Vollstreckungsverfahren auf Grund des § 888 ZivPrOrdg. erklärt, daß sie den Vater ihres Kindes nicht kenne. Ihre Auskunftspflicht ist mit diesem Bekenntnis erledigt — genau so, wie wenn sie etwa erklärt: „Der Vater meines Kindes ist Don Juan d'Austria in Barzelona" und dabei denkt: „Allah weiß es besser."

Will oder kann man bei solcher Rechtslage den Krankenkassen ernstlich empfehlen, hohe Prozeßkosten zu riskieren, um die Wöchnerin zur Namhaftmachung des Vaters ihres Kindes anzuhalten in einem Verfahren, das für sie, je nach Umständen und Veranlagung, eine Folterpein oder ein Spaß, für die Kasse aber eine voraussichtlich nutzlose Bemühung sein wird? Man kann es nicht empfehlen! Mit Recht tut das bayerische Ministerium für Soziale Fürsorge in einem Erlasse vom 3. Januar 1920 (Bayer. Staats-Zeitung Nr. 6) die Frage mit dem kurzen Hinweis ab, „daß den Kassen kein Zwangsmittel zur Verfügung steht, die unverheiratete Wöchnerin zur Nennung des Namens des Kindesvaters zu veranlassen, insbesondere dürfen sie die Auszahlung der Wochenhilfeleistungen hiervon nicht abhängig machen".

Ich möchte mit dieser rechtlichen Betrachtung nicht schließen, ohne nochmals auf die moralische Seite der Frage zurückzukommen. Ein in unserer klassischen Literatur bewanderter Leser könnte vielleicht auf Goethes Gedicht „Vor Gericht" verweisen, worin das „gefallene" Mädchen das Ansinnen, den Vater ihres Kindes zu nennen, stolz abweist und mit folgenden Worten schließt:

„Herr Pfarrer und Herr Amtmann ihr,
Ich bitte, laßt mich in Ruh!
Es ist mein Kind, es bleibt mein Kind,
Ihr gebt mir ja nichts dazu."

Aber sicher hat weder das Mädchen noch ihr Fürsprecher „vor Gericht", der verstehende und verzeihende Dichter, hiermit zugestehen wollen, daß die Haltung der so peinlich Befragten eine andere sein würde und sein müßte, wenn man etwas für den Unterhalt des Kindes beitrüge. Die letzten Worte sind nur der Ausdruck eines verzeihlichen Trotzes. Der Zusammenhang des Ganzen weist auf ein anderes Gefühl, das den sittlichen Kern des Gedichtes enthält: „Von wem ich es habe, das sag' ich euch nicht — — bin doch ein ehrlich Weib — — Soll Spott und Hohn getragen sein, trag' ich allein den Hohn. Ich kenn' ihn wohl, er kennt mich wohl, und Gott weiß auch davon." Das ist es! Es ist wider die Scham und den Stolz eines ehrlichen Weibes, den Namen ihres heimlich Geliebten öffentlich zu nennen, und es ist unsittlich, ihr solchen Verrat an sich und am Geliebten abpressen zu wollen. Darum (und weil es doch nutzlos ist): „Ich bitte, laßt sie in Ruh!"

Geh. Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Über Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte

entnehmen wir dem Berichte des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte für das Geschäftsjahr 1918 folgendes:

Die Einwirkung des Krieges auf das Wirtschaftsleben machte sich unvermindert auch in diesem Geschäftsjahre geltend und führte noch teilweise zu einer weiteren Vermehrung der besonderen Angelegenheiten, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem Kriege und der Überleitung in die Friedenswirtschaft stehen. Verwaltung und Rechtsprechung hatten insbesondere sich auch weiterhin mit der Auslegung und Anwendung der Bundesratsverordnung vom 30. September 1916 über die Versicherungsfreiheit vorübergehender Kriegsbeschäftigung zu befassen. Dabei hat das Oberschiedsgericht unter weiterem Ausbau der im vorjährigen Geschäftsbericht mitgeteilten Entscheidungen grundsätzlich entschieden, daß eine ohne Entgelt vor dem Kriege ausgeübte Beschäftigung nicht als eine der Versicherungsfreiheit entgegenstehende „an sich versicherungspflichtige" Vorbeschäftigung anzusehen sei. Ebensowenig erklärt es eine vorübergehende Vorkriegsbeschäftigung, die auf Grund der zu § 8 AngestVers.-Ges. ergangenen Bundesratsverordnung vom 9. Juli 1913 versicherungsfrei war, für an sich versicherungspflichtig. Aber nicht jede an sich versicherungspflichtige Vorbeschäftigung steht der Versicherungsfreiheit

nach der Bundesratsverordnung vom 30. September 1916 entgegen, sondern es kann nur ein Dauerzustand in Betracht kommen, der unmittelbar vor dem Kriege bestanden hat. (Vgl. OSchG. in „AngestVers." 1918 S. 205). Daher steht es der Versicherungsfreiheit einer Kriegsbeschäftigung nicht entgegen, wenn die vor dem Kriege ausgeübte Beschäftigung z. B. infolge Verheiratung schon vor dem Kriege wieder dauernd aufgegeben war. Ganz besondere Schwierigkeiten verursachten fortgesetzt diejenigen Fälle, in denen weibliche Kriegsbeschäftigte im Laufe ihrer Kriegsbeschäftigung Änderungen in ihren persönlichen Verhältnissen erfuhren, wie z. B. die Fälle, in denen ledige Angestellte sich im Laufe des Krieges verheirateten, aber zunächst noch für die Dauer des Krieges die Beschäftigung beibehielten, oder in denen Angestellte die Beschäftigung nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen beim Eintritt in die Kriegsbeschäftigung zunächst nur als Kriegsbeschäftigung ansahen und ansehen konnten, aber auf Grund eingetretener Vermögensverschlechterung späterhin sich zur Beibehaltung der Beschäftigung auch nach dem Kriege entschließen mußten, oder umgekehrt wegen eingetretener Verlobung im Laufe des Krieges, die zunächst als Dauerbeschäftigung gedachte Angestelltentätigkeit nur noch als Kriegsbeschäftigung bis zu der nach Kriegsschluß beabsichtigten Heirat ins Auge faßten. Diese vielerlei Zweifelsfragen hat das Oberschiedsgericht dadurch erledigt, daß es sich auf den Standpunkt stellte, das Beschäftigungsverhältnis kriegsbeschäftigter Angestellten könne aus dem Gesichtspunkte der Verordnung vom 30. September 1916 nur einheitlich beurteilt werden. Später eingetretene Veränderungen, die zur Versicherungsfreiheit führen, haben demgemäß Rückwirkung für die ganze Kriegsbeschäftigung, und umgekehrt Veränderungen, die eine ursprünglich vorübergehende Tätigkeit zu einer Dauertätigkeit umgestalten, entziehen rückwirkend der Gesamtkriegsbeschäftigung die Eigenschaft einer vorübergehenden Beschäftigung im Sinne der genannten Bundesratsverordnung. Durch alle diese Entscheidungen zieht sich zugleich noch die Erwägung hindurch, daß jedenfalls die wechselnden Erklärungen der Beteiligten für sich allein noch nicht zu einem Wechsel in der rechtlichen Beurteilung führen können, sondern daß die Gesamtheit der Umstände und das sich hieraus ergebende Gesamtbild der wirtschaftlichen Lage des Angestellten den Ausschlag geben.

Neben der Bundesratsverordnung vom 30. September 1916 traten die anderen Kriegsverordnungen, soweit die Behandlung von Zweifelsfällen in Frage kommt, in den Hintergrund. Immerhin brachten aber auch sie einen nennenswerten Teil verwaltungsmäßig zu erledigender Angelegenheiten, in denen die Rechtslage mehr oder weniger zweifelhaft oder erst durch vorherige Ermittlung der tatsächlichen Umstände zu klären war. An höchstrichterlichen Entscheidungen verdienen hierin diejenigen besondere Hervorhebung, die sich einerseits mit der Versicherungspflicht feindlicher Ausländer befassen, sowie auch andererseits die Entscheidungen über bürgerliche Beschäftigung beurlaubter Militärpersonen. Das letztere Gebiet war bereits (in der Hauptsache) durch die Entscheidungen des Vorjahres, die in dem Geschäftsbericht „AngestVers." 1918, S. 109 mitgeteilt sind, in den Hauptpunkten geklärt. Neu sei hier nur eine Entscheidung vom 19. Juni 1918 angeführt, in der das Oberschiedsgericht ausspricht, daß ein zum Heeresdienst eingezogener Handlungsgehilfe, der während seines achtwöchigen Urlaubs als Büroangestellter beschäftigt worden war, nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des AngstVersGes. versicherungspflichtig war. — Zur Versicherungspflicht feindlicher Ausländer nehmen die Entscheidungen vom 16. Februar 1918 und vom 11. Dezember 1918 Stellung. Danach sind Kriegsgefangene auch dann nicht versicherungspflichtig, wenn ihnen weitestgehende Bewegungsfreiheit eingeräumt ist; denn auch dadurch verlieren sie nicht ihre Eigenschaft als unfreie Angestellte im Sinne der Sozialversicherung. Dieser Gesichtspunkt der Unfreiheit konnte auch bei der Versicherungspflicht derjenigen feindlichen Ausländer, die gewissen Aufenthaltsbeschränkungen in Deutschland unterlagen, in Frage gezogen werden. Das Oberschiedsgericht hat aber in einer Entscheidung vom 11. Dezember 1918 sich dahin schlüssig gemacht, daß das Beschäftigungsverhältnis eines in Deutschland ansässigen feindlichen Ausländers beim Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen auch dann versicherungspflichtig nach dem VGfA. sei, wenn der Angestellte den für feindliche Ausländer bestehenden Aufenthaltsbeschränkungen unterliege. . . .

Das Berichtsjahr hat wiederum gezeigt, daß die Mannigfaltigkeit der wirtschaftlichen Erscheinungen gerade in der Frage der Abgrenzung des selbständigen Unternehmers vom Angestellten beständig neue Fragen bringt. So beschäftigt sich eine Entscheidung des Oberschiedsgerichts („AngestVers." 1918, S. 193) mit der Versicherungspflicht einer Artistentruppe. Der Inhaber eines Varieté-Theaterunternehmens wird darin nicht als Arbeitgeber einer geschlossenen Artistentruppe angesehen, die in dem Unternehmen auf Grund eines einheitlichen Vertrages gegen eine Gesamtvergütung Vorstellungen veranstaltet. Vielmehr wird mindestens der Direktor der Truppe als selbständiger Unternehmer behandelt und im übrigen die Frage noch offen gelassen, in welchem Verhältnis sich die Mitglieder der Truppe gegenüber dem Direktor befinden. In früheren Entscheidungen hatte das Oberschiedsgericht Assistenten an Universitäten, die ausreichend Zeit und Gelegenheit zur selbständigen wissenschaftlichen Betätigung haben, als selbständig angesehen und demgemäß der Versicherungspflicht nicht unterworfen. Den gleichen Grundsatz wendet es in einer Entscheidung vom 29. Juni 1918 nun auch auf den akademisch vorgebildeten Hilfsarbeiter an einer Bibliothek an, der dem Bibliothekar bei seinen wissenschaftlichen Arbeiten Hilfe leistet und ausreichend Zeit und Gelegenheit zu eigentlich wissenschaftlicher Tätigkeit hat.

Die Stellungnahme zur Selbständigkeit der Ziegelmeister, die das Oberschiedsgericht, man kann wohl sagen als Regel, aus wirtschaftlichen Erwägungen verneint, ist nach erneuter grundsätzlicher Prüfung der Rechtslage auch in den neueren Entscheidungen beibehalten worden.

Auch bei der Beurteilung der Versicherungspflicht stiller Gesellschafter sind die wirtschaftlichen Verhältnisse für das Oberschiedsgericht ausschlaggebend gewesen. Es erklärt den stillen Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft, dem Prokura erteilt ist, dadurch nicht notwendig für einen Angestellten der Gesellschaft und geht dabei davon aus, daß jemand, der ein so weit gehendes Recht bei der Gestaltung des Geschickes der Gesellschaft und der Feststellung ihrer Ergebnisse habe, wie es in dem entschiedenen Falle zutraf, nicht Angestellter sei, da die Rechtsstellung als Angestellter begrifflich eine wirtschaftliche und persönliche Abhängigkeit und Unterordnung im Verhältnis zum Geschäftsherrn bedinge. . . .

Allmählich macht sich die durch mehrjährige Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts geschaffene

Ausarbeitung der Hauptgesichtspunkte für die Feststellung des Begriffs „gehobener Angestellter“ bei Behandlung der Einzelfälle günstig geltend. Doch treten immer wieder Verschiedenheiten auf, die sich aus der Lage der tatsächlichen Umstände im Einzelfalle ergeben und daher fortlaufend zu Ermittlungen und Feststellungen wie auch zu rechtlichen Zweifeln führen. Unter anderem hat das Oberschiedsgericht Erziehungsgehilfinnen eines Frauenheims für verwahrloste, schulentlassene weibliche Personen, die unter der Aufsicht und nach Anweisungen des Anstaltleiters und der ihm beigegebenen Schwestern je eine Arbeitsgruppe von 15 bis 20 Mädchen bei der Arbeit zu beaufsichtigen und anzuleiten haben, selbst mitarbeiten und erzieherisch einwirken, für gehobene Angestellte nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des AngestVersGes. erklärt; denn nach dem ganzen Charakter der Tätigkeit komme es trotz ihrer persönlichen Mitarbeit mehr auf die erzieherische Mitwirkung an, die durch den Zwang zur Arbeit und das gute Beispiel der Erziehungsgehilfinnen ausgeübt werde, so daß die körperliche Tätigkeit der Erziehungsgehilfinnen nur der erziehlichen Einwirkung diene. Da es sich um Erwachsene handle, sei deshalb zwar nicht der Begriff des Erziehers, aber doch der des gehobenen Angestellten erfüllt.

Gefängnishilfsaufseherinnen sind dagegen nicht für gehobene Angestellte angesehen worden, ebensowenig Kartographen, die keine eigene schöpferische Tätigkeit ausüben, mit Hilfe von Meßtischblättern Vorlagen in einen anderen Maßstab übertragen und unter der fortgesetzten Leitung und Aufsicht des Direktors der Anstalt stehen.

Anderseits wurde die Versicherungspflicht eines Krankenbesuchers, der im wesentlichen Umfang auch als Ermittler tätig war, nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des AngestVersGes. bejaht.

Der Begriff des Büros ist näher umgrenzt worden. In einer Entscheidung vom 4. Mai 1918 („AngestVersGes.“ 1918 S. 219) hat das Oberschiedsgericht ausgeführt, das Kennzeichen des Bürobetriebes sei darin zu erblicken, daß es sich um die Herstellung von Büroarbeiten im eigentlichen Wortsinne, also um Schreib-, Rechen-, Kopierarbeiten und dergleichen handle, und rechnet daher Kartographen in Konstruktionsbüros nicht zu den Büroangestellten. Aus dem gleichen Grunde zählt es auch Fernsprechgehilfinnen, die im wesentlichen nur Anschlüsse herzustellen, schriftliche Arbeiten aber, abgesehen von der Führung eines Rechnungsbuches über Ferngespräche, nicht zu verrichten haben, nicht unter diese Berufsgruppe.

Im vorjährigen Geschäftsbericht wurde darauf hingewiesen, daß die Frage der Versicherungspflicht von Genossenschaftsangestellten erneut brennend geworden war und auch zu einer Petition im Reichstag geführt hatte. Das Oberschiedsgericht hat seine frühere Entscheidung, die die Handlungsgehilfeneigenschaft solcher Angestellten allgemein verneinte, nun einer Nachprüfung unterzogen und dabei den alten Standpunkt aufgegeben. Es entscheidet nunmehr (vgl. „AngestVers.“ 1918, S. 123), daß die Angestellten eingetragener Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften, die gegen Entgelt kaufmännische Dienste verrichten, nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des VGfA. als Handlungsgehilfen versicherungspflichtig sind.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung“ nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Wochenhilfe bei Niederkunft vor dem 1. 10. 19.

1. **Nach Eisleben.** Berichtigung: In der Auskunft 1920 Heft 2 S. 38 Ziff. 1 ist der Satz, daß Entbindungsbeitrag und Schwangerschaftsbeihilfe nicht zu gewähren seien, irrig — wie sich aus dem angeführten § 8 der Bekanntm. v. 3. 12. 14 ergibt. Diese Bekanntm. ist durch das neue Gesetz nicht aufgehoben (zu vgl. Müller in ArbVers. 1919 Heft 36 S. 702). Richtig war nur zu sagen, daß jene Barleistungen nicht nach dem neuen Gesetze zu gewähren sind, sondern nach dem Rechte, unter dessen Herrschaft der Anspruch darauf entstanden ist, also gemäß § 8 in Verbindung mit § 3 Ziff. 1 und 3 der Bekanntm. nur in Höhe von 25 M und bis zu 10 M.

Zur Anwendung des § 197 RVO. in Fällen des § 24 Abs. 2 Ges. v. 26. 9. 19.

2. **Nach Hamburg.** Frage: Nach § 24 Ges. v. 26. 9. 19 ist Wöchnerinnen, die vor dem 1. Oktober entbunden worden sind, von diesem Tage ab das Wochengeld und das Stillgeld nach diesem Gesetz zu zahlen, jedoch abzüglich des Betrages, der auf die zwischen dem Tage der Niederkunft und dem 1. 10. 19 liegende Zeit entfällt. Danach ist für diese Fälle, soweit es sich um Familienwochenhilfe nach § 10 (205a RVO.) des Gesetzes handelt, der 1. 10. 19, nicht der Entbindungstag, als Tag des Eintritts des Versicherungsfalles anzunehmen, da erst von diesem Tage ab Leistungen zu gewähren sind. Auch die für die Familienwochenhilfe entstandenen Kosten können — nach Abzug der vom Reiche zu erstattenden Hälfte — unter entsprechender Anwendung des § 197 RVO. verteilt werden (§ 205a Abs. 2 RVO.). Es bestehen Zweifel, ob das Jahr, für das in diesen Übergangsfällen der Familienwochenhilfe die Versicherungszeiten der Berechnung zugrunde zu legen sind, vom Entbindungstage oder vom 1. 10. 19 an zurückliegend zu nehmen ist. Der § 197 besagt nicht ausdrücklich, daß der Entbindungstag als Stichtag gilt; trotzdem kann wohl kein Zweifel darüber bestehen, daß bei Entbindungen, für die nach § 195 Wochenhilfe zu leisten ist, oder die nach dem 1. 10. 19 eingetreten sind und für die auf Grund § 205a Wochenhilfe zu gewähren ist, der Entbindungstag als Stichtag für die Berechnung des zurückliegenden Jahres

zu gelten hat. Eine andere Beurteilung in bezug auf Anwendung des § 197 lassen jedoch die Übergangsfälle der Familienwochenhilfe zu. Hier tritt der Versicherungsfall nicht mit dem Entbindungstage, sondern erst mit dem 1. Oktober ein. Da nach § 205a Abs. 2 RVO. der § 197 entsprechend gilt, sind wir der Meinung, daß in diesen Fällen das zurückliegende Jahr vom 1. Oktober ab gerechnet werden muß. Es ist nicht einzusehen, warum die Kassen, bei denen in der Zeit vom Entbindungstage bis zum 1. Oktober eine Mitgliedschaft bestand, für die Erstattung ausfallen sollen. Wir bitten um Mitteilung Ihrer Ansicht.

Antwort: Wir halten Ihre Auffassung für irrig. Den Versicherungsfall bildet auch in den von Ihnen herangezogenen Fällen immer die Niederkunft, weil in ihr der Entstehungsgrund des Anspruchs liegt. Nur scheinbar verhält es sich nach § 24 Abs. 2 Ges. v. 26. 9. 19 anders, wenn die Wöchnerin wegen ihrer vor dem 1. Oktober 1919 eingetretenen Entbindung nach dem damals geltenden Recht einen Anspruch auf Wochenhilfe überhaupt nicht gehabt hat und ein solcher erst durch das Inkrafttreten des neuen Gesetzes wirksam geworden ist. In diesem Falle stehen der Wöchnerin allerdings Leistungen der Wochenhilfe erst vom 1. Oktober ab zu. Das rechtfertigt aber nicht, zu sagen, daß der Versicherungsfall erst mit diesem Tage eingetreten sei. Wäre dies die Auffassung des Gesetzes, so hätte es folgerichtig die Leistungen vom 1. Oktober ab für die volle Dauer von 10 Wochen (beim Wochengelde) und 12 Wochen (beim Stillgelde) gewähren müssen. Indem aber § 24 Abs. 2 ausdrücklich die Bezugsdauer um die zwischen Niederkunft und Inkrafttreten des Gesetzes liegende Zeit kürzt, läßt das Gesetz deutlich erkennen, daß als „Versicherungsfall", als Entstehungsgrund für die vom 1. Oktober ab zu gewährenden Leistungen die schon vorher stattgehabte Niederkunft anzusehen ist — genau so wie in dem Falle, wenn der Wöchnerin für die Zeit vor dem 1. Oktober ein Anspruch auf Wochenhilfe nach anderen Vorschriften zusteht und von diesem Tage ab nur die Bemessung der Leistungen nach dem neuen Gesetz erfolgt. Demgemäß und nach dem Zwecke des § 197 RVO. kann auch für die Anwendung dieser Vorschrift immer nur das Jahr vor der Niederkunft in Betracht kommen. Denn die Vorschrift bezweckt zu verhüten, Versicherte, „die ihrer Niederkunft entgegensehen, an andere Krankenkassen abzuschieben". Danach kann § 197 schlechthin nur auf Heranziehung solcher Kassen abgestellt sein, denen die Wöchnerin im Jahre vor der Niederkunft angehört hat. Im Falle der Anfrage, das Jahr vom 1. 10. 19 ab zurückzurechnen, würde nicht eine „entsprechende", sondern eine zweck- und sinnwidrige Anwendung des § 197 sein.

Zusammentreffen von Kranken- und Wochenhilfe.

3. Nach Diez. Antwort: a) Die nicht selbst versicherte Ehefrau des Kassenmitgliedes, die sich im Hinblick auf die erwartete schwere Entbindung in ein Krankenhaus begeben und nun erhebliche Kosten an die Krankenhausverwaltung und den behandelnden Arzt zu zahlen hat, kann von der Kasse nicht mehr als die Leistungen der Familienwochenhilfe nach § 205a in Verbindung mit § 195a RVO. fordern — es sei denn, daß die Satzung auch gemäß § 205b Ziff. 1 Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten zubilligt; in diesem Falle könnte ein Anspruch auf Ersatz der Kosten der ärztlichen Behandlung, nicht aber auch der Kosten des Unterhalts im Krankenhause begründet sein.

b) Nur Krankengeld wird neben Wochengeld nicht gezahlt (§ 195a Abs. 2 RVO.). Im übrigen hat eine versicherte Wöchnerin bei anormalem, als Krankheit anzusehendem Verlaufe der Entbindung oder des anschließenden Wochenbettes oder der vorausgegangenen Schwangerschaft, Anspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen der Kasse, insbesondere also auf Krankenpflege (§ 182 Ziff. 2 RVO.) neben der Entbindungs- und der Schwangerschaftsbeihilfe. Wenn die Wöchnerin aus Anlaß der Niederkunft Arzneimittel aus der Apotheke im Rechnungsbetrage von 95 *M*, darunter etliche Fiebermittel bedurft hat, so kann mit Sicherheit angenommen werden, daß der Verlauf ein anormaler war und eine Krankheit vorlag, so daß die Kasse für die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Heilmittel, soweit sie nicht auch bei normalem Verlauf entstanden wären und folglich durch die baren Beihilfen abgegolten sind, aufkommen muß.

c) Entsprechend ist der Fall der Versicherten zu beurteilen, die wegen einer Nierenerkrankung in ein Krankenhaus aufgenommen worden ist, am zweiten Tage dort niederkam und nach ihrer Entlassung noch weiter krank ist. Sie ist durch den Entbindungsbeitrag nur wegen der Kosten der Entbindung selbst und durch das Wochengeld nur wegen des Krankengeldes für die Dauer des Wochengeldbezugs abgefunden und hat im übrigen Anspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen an Krankenhilfe für die volle Dauer, unter Einrechnung der Zeit des Wochengeldbezugs (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 7 zu § 195 RVO.; ArbVers. 1918 S. 118 Ziff. 5).

Geltendmachung von Ansprüchen aus § 197 RVO. gegen eine Kasse in den an Polen abgetretenen Gebieten.

4. O. K. G. Berlin. Antwort: Der Anspruch der allgemeinen Ortskrankenkasse gegen die allgemeine Ortskrankenkasse in Posen aus § 197 RVO. ist vor der Abtretung Posens an Polen entstanden und auch erhoben worden. Es fehlt aber einstweilen an der Möglichkeit, ihn geltend zu machen. Denn die Geltendmachung setzt nicht nur das Fortbestehen der Kasse in Posen (an dem es zunächst nicht fehlen wird), sondern nach § 224 Ziff. 1 RVO. die Zuständigkeit eines zur Entscheidung im Spruchverfahren der RVO. berufenen, also eines inländischen Versicherungsamts voraus. Nach § 1773 würde aber das Versicherungsamt in Posen zuständig sein. Es fehlt also an der Möglichkeit einer wirksamen Geltendmachung von Ansprüchen in diesem und zahlreichen ähnlichen Fällen, solange nicht diese Verhältnisse durch Staatsvertrag zwischen dem Deutschen Reich und Polen geregelt sind. Es darf angenommen werden, daß eine solche Regelung nicht ausbleiben wird. Zu vgl. Art. 312 Abs. 2 und 3 des Friedensvertrags.

Familienhilfe nach § 205a RVO. für das uneheliche Kind des versicherten Vaters?

5. Nach Dresden. Antwort: Wir treten Ihrer Ansicht bei. Wie im Gebiete des Reichsversicherungsrechts im allgemeinen unter Familienangehörigen eines Versicherten nur solche Personen zu verstehen sind, die zu ihm in einem rechtlich anerkannten Familienverhältnisse stehen (zu vgl. Entsch. des RVA. 1186, Amtl. Nachr. 1905 S. 284), so wird man auch eine Satzungsbestimmung, wonach gemäß § 205 Ziff. 1 RVO. Krankenpflege für versicherungsfreie „Kinder" des Versicherten zugebilligt wird,

grundsätzlich nicht auf uneheliche Kinder des versicherten Vaters beziehen dürfen. Denn das uneheliche Kind gehört nach den Vorschriften des BGB. zwar zu den Verwandten der Mutter und ihrer Verwandten, nicht aber zu den Verwandten des natürlichen Vaters, gleichviel ob dieser die Vaterschaft anerkannt hat oder nicht (zu vgl. § 1589 mit §§ 1705, 1708, 1709 BGB.). Auch die Verurteilung zur Erfüllung der Unterhaltspflicht begründet kein Verwandtschaftsverhältnis zwischen dem unehelichen Kinde und seinem Erzeuger. Nur die Legitimation durch nachfolgende Ehe des Vaters mit der Mutter oder die Ehelichkeitserklärung auf Grund eines Antrags und der Anerkennung der Vaterschaft durch den Vater gibt dem Kinde die Stellung eines ehelichen Kindes (§§ 1719 ff., 1723, 1725 ff. BGB.) und folglich eines Familienangehörigen des Vaters.

Wie weit muß die ersatzberechtigte Krankenkasse (§ 1542 RVO.) eine Zahlung des Vaters des unehelichen Kindes an die Wöchnerin gegen sich gelten lassen?

6. Nach Halle a. S. Antwort: Wegen ihrer gesamten Aufwendungen, also auch wegen des Wochen- und Stillgeldes über 6 Wochen hinaus, kann sich die Kasse nach § 1542 RVO. (§ 14 Ges. v. 26. 9. 19) an den Vater des unehelichen Kindes halten; aber im ganzen hat dieser an die Kasse keinesfalls mehr zu zahlen, als er nach den Vorschriften des BGB. an die Wöchnerin zu zahlen verpflichtet wäre. Dies haben wir im Heft 32 von 1919 S. 635 Ziff. 7 näher dargelegt. — Da der Übergang des Anspruchs gegen den Vater des unehelichen Kindes auf die Kasse sich kraft Gesetzes sofort mit der Entstehung der Leistungspflicht der Kasse, also mit der Niederkunft oder zum Teil schon vorher mit dem Eintritt von Schwangerschaftsbeschwerden, vollzieht (Entsch. des Reichsgerichts in Zivilsachen 60 S. 200, 207, 61 S. 164), so braucht die Kasse spätere Zahlungen, die der Vater auf Grund seiner bürgerlichrechtlichen Verpflichtung an die Wöchnerin, statt an die Kasse, geleistet hat, nicht gelten zu lassen, sofern der Vater bei der Leistung den Übergang des Anspruchs auf die Kasse kannte (§§ 407, 412 BGB.). Als solche Kenntnis ist es aber anzusehen, wenn der Vater wußte, daß die Wöchnerin, sei es auf Grund eigener Versicherung oder als Angehörige eines Versicherten (§§ 195a, 205a RVO.) Ansprüche gegen die Kasse hatte.

Lieferung eines Hilfsmittels nach Beendigung der Mitgliedschaft.

7. Nach G. L. Frage: Im Juli beantragte ein Mitglied unserer Kasse die Zuschußleistung für einen größeren Zahnersatz. Die Kostenbeteiligung wurde von der Landesversicherungsanstalt und von uns Anfang August zugesagt. Die Arbeiten selbst wurden erst in der zweiten Hälfte des Monats November ausgeführt und am 1. Dezember beendet. Nunmehr ist das Mitglied am 17. November aus unserer Kasse ausgeschieden und zu einer Nachbarkrankenkasse übergetreten. Wer ist zur Tragung der Kosten des Zahnersatzes verpflichtet? Ist unsere Kasse auf Grund der von uns s. Zt. abgegebenen Übernahmeerklärung, auch wenn z. Zt. der Arbeitsausführung die Kassenmitgliedschaft nicht mehr bestand, zur Tragung der hier entstandenen Kosten verpflichtet?

Antwort: Wenn die Kasse gesetz- und satzungsmäßig den Zuschuß zugesagt hat, so muß sie ihn auch leisten, selbst wenn sich die Ausführung über die Mitgliedschaft hinaus verzögern sollte. Denn die Voraussetzungen für die Zusage — die Krankheit und die Notwendigkeit des Hilfsmittels — fielen noch in die Zeit der Mitgliedschaft. Auch bei rechtzeitiger Lieferung verbleibt ja dem Versicherten das Hilfsmittel über die Mitgliedschaft hinaus und die Verzögerung ist nicht von ihm verschuldet. Mit einer solchen ist bei Zahnersatz und ähnlichen Ersatzstücken stets zu rechnen, zumal wenn an der Leistung mehrere Versicherungsträger beteiligt sind. An dieser Beurteilung wird nichts dadurch geändert, daß der Versicherte inzwischen zu einer anderen Kasse übergetreten ist. Die Anwendung des § 212 RVO. beschränkt sich auf die „weitere" Leistung, d. h. auf solche Leistungen, welche für die Zeit vom Übertritt an zu gewähren sind. Die schon vorher fällig gewordene Leistungspflicht der früheren Kasse wird davon nicht berührt.

Auch die Bewilligung einmaliger Beihilfen für Kassenangestellte bedarf der Genehmigung des Oberversicherungsamts.

8. Nach Teltow. Frage: Der Kassenvorstand ist dem Vorgehen der Reichs- und Staatsregierung, sowie des Kommunalverbandes gefolgt und hat den Beamten und Angestellten der Kasse eine einmalige Beschaffungsbeihilfe nach den gleichen Grundsätzen wie den Beamten der erwähnten Behörden gewährt. Ist zu dieser Beihilfe die Genehmigung des Oberversicherungsamtes einzuholen? Wir neigen zu der Ansicht, daß die Zahlung der einmaligen Beschaffungsbeihilfe keine Änderung des in der Dienstordnung enthaltenen Besoldungsplanes darstellt, so daß die Genehmigung nicht erforderlich ist. — Überhaupt wäre es an der Zeit, wenn die Bestimmungen, welche die Dienstordnung von der Genehmigung des Oberversicherungsamtes abhängig machen, in der neuen Novelle zur RVO. verschwänden oder doch wesentliche Einschränkungen erfahren würden. Die Änderung des § 8 der Verordnung vom 5. 2. 19 (ArbVers. Heft 7 S. 127) genügt noch lange nicht, da nach der allgemeinen Ansicht in Fachkreisen bei der Genehmigung der Dienstordnungen häufig in so engherziger Weise verfahren wird, daß von der vielgerühmten Selbstverwaltung der Krankenkassen, soweit sie die Rechts- und Besoldungsverhältnisse ihrer Angestellten betrifft, soviel wie gar nichts übrig bleibt. Es würde die Arbeitsfreudigkeit der Kassenorgane sicherlich heben, wenn hier eine freiheitlichere Auffassung Platz greifen würde und wenn den sich ihrer Verantwortung wohlbewußten Kassenorganen ein größeres Vertrauen entgegengebracht würde. Könnte man sich dazu nicht entschließen, so dürften die Aufsichtsbehörden anzuweisen sein, bei der Genehmigung von Dienstordnungen eine größere Toleranz walten zu lassen oder es müßte gegen die versagenden Beschlüsse der Oberversicherungsämter anstatt der Aufsichtsbeschwerde, die Beschwerde an das Reichsversicherungsamt zugelassen werden.

Antwort: Nach dem geltenden Rechte halten wir die Genehmigung des Oberversicherungsamts zur Gewährung der Beschaffungsbeihilfe für erforderlich. Denn diese Beihilfe ist eine Teuerungszulage, für deren Bewilligung in der Kriegszeit nur die Besonderheit gilt, daß der Vorstand, ohne Mitwirkung des Ausschusses, sie beschließen kann; das Erfordernis der Genehmigung des Oberversicherungsamts wird dadurch nicht berührt (Ziff. I der Vdg. v. 1. 3. 17, ArbVers. 1917 S. 180 und hierzu S. 180, 284). Daß es sich dabei um eine einmalige Leistung außerhalb des Besoldungsplans handelt, ändert hieran nichts. Das Erfordernis der

Genehmigung kann nicht dadurch umgangen werden, daß die Gewährung der Zulage nicht in den Plan aufgenommen wird. Sie stellt in jedem Falle einen Bestandteil des Gehalts dar, und das Reichsversicherungsamt hat in der Entsch. 2235, ArbVers. 1916 S. 704, ausgesprochen, daß seit dem Inkrafttreten der RVO. die Gehälter der Angestellten nicht mehr durch einzelne besondere Beschlüsse der Kassenorgane, sondern nur noch durch den behördlich genehmigten Besoldungsplan festgesetzt werden können. — Die den Gesetzgeber angehende Frage, ob dieser Rechtszustand abänderungsbedürftig ist, können wir im Rahmen dieser Auskunft nicht erörtern. Insoweit müssen wir uns begnügen, Ihre Anregung hier wiederzugeben.

Apotheker-Rabatt, wenn der Versicherte sich nicht als Kassenmitglied ausweist?

9. Nach Gelsenkirchen. Frage: Nach § 376 RVO. sind die Apotheker verpflichtet, den Krankenkassen einen Abschlag von den Preisen der Arzneitaxe zu gewähren, welcher in Preußen 10 v. H. beträgt. Es kommt nun sehr häufig vor, daß auswärts wohnende und auswärts erkrankte Mitglieder die Arzneien aus Apotheken entnehmen müssen, die vom Sitz der Krankenkasse weit entfernt sind. In solchen Fällen weigern sich manchmal die Apotheker dem Kassenmitgliede gegenüber, die Arzneikosten zu Lasten der Kasse zu kreditieren, weil ja auch nicht immer genügende Legitimation vorhanden ist. Das Mitglied muß dann die Arzneikosten vorlegen und wendet sich an die Krankenkasse um Erstattung. Wie kommt die Kasse in solchen Fällen nun zu ihrem Abschlag von 10 v. H., wenn den Mitgliedern von den auswärtigen Apothekern der volle Preis abgenommen worden ist? Unsere Kasse vergütet den Mitgliedern die vollen Auslagen und wendet sich dann an den Apotheker mit dem Ersuchen um Erstattung der 10 v. H., „da es sich bei der beigefügten Verordnung um ein Kassenmitglied handelt". Manche Apotheker senden dann den Betrag des Rabatts ein. Jetzt haben wir einen Fall, in dem ein Apotheker sich weigert, dieser Forderung, die 10 v. H. nachträglich zu vergüten, nachzukommen. Wir haben die Gelegenheit benutzt, als er eine neue Rechnung (andere Lieferungen betreffend) einreichte, ihm dieses Guthaben (10 v. H.) zu kürzen. Er will sich darauf nicht einlassen und droht mit Klage. Er sei nur zur Rabattgewährung verpflichtet, wenn er direkt für die Kasse liefere, aber nicht, wenn er einem Kassenmitgliede, das er als solches gar nicht kenne, als Privatperson etwas abgebe; das sei ein reines Privatgeschäft, welches nachträglich eine Forderung der Kasse auf Rabattgewährung gar nicht begründen könne. Wie ist der Fall zu beurteilen?

Antwort: Die Rechtslage ist nicht zweifelsfrei. Wir neigen aber dazu, der Kasse recht zu geben. Sinn und Zweck des § 376 Abs. 1 RVO. gehen doch dahin, den Krankenkassen als großen Abnehmern, zugleich im Hinblick auf ihre dem Gemeinwohl dienenden Aufgaben, durch das Rabattrecht eine finanzielle Entlastung zu gewähren. Unter diesem Gesichtspunkte kann es nicht entscheidend darauf ankommen, ob die Arznei von dem Versicherten sofort ersichtlich für Rechnung der Kasse entnommen ist, sondern nur darauf, ob schließlich der Kostenbetrag der Kasse zur Last fällt. Muß der Versicherte zunächst, weil er sich nicht als Kassenmitglied ausweisen kann, den vollen Betrag an den Apotheker zahlen, so ist dieser dadurch um den Rabattbetrag auf Kosten der Kasse ohne rechtlichen Grund bereichert, wenn die Kasse genötigt ist, dem Mitgliede den für ihre Rechnung verauslagten vollen Betrag zu erstatten. Sie kann daher den Rabattbetrag auf Grund des § 812 BGB. von dem Apotheker zurückfordern.

Wählbarkeit zum Vorstand eines Krankenkassenverbandes.

10. Nach A. Frage: Für den nach § 406 RVO. errichteten Krankenkassenverband gelten nach § 408 die §§ 4 bis 34 entsprechend. In den §§ 12 bis 14 ist bestimmt, daß als Mitglieder der Organe nur Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber gewählt werden können. Insbesondere ist bestimmt, daß als Vertreter der Arbeitgeber nur wählbar ist, wer regelmäßig wenigstens einen Versicherungspflichtigen beschäftigt, der bei dem Versicherungsträger versichert ist, daß ferner als Vertreter der Versicherten nur der wählbar ist, welcher bei dem Versicherungsträger versichert ist. Wir erbitten Ihr Gutachten zu der Frage, in welcher Weise diese Bestimmungen auf den Krankenkassenverband anzuwenden sind. Ist es zulässig, daß Beamte einer der Verbandskrankenkassen, die weder als Vertreter der Versicherten, noch als Vertreter der Arbeitgeber bei den Krankenkassen wählbar sind, als Vorstandsmitglieder des Krankenkassenverbandes gewählt werden können, und zwar auch dann, wenn der Krankenkassenverband die Ziffer I des § 407 nach seiner Satzung gemäß § 407 Ziff. 1 auch die Aufgabe hat, für die ihm angeschlossenen Kassen gemeinsame Angestellte und Beamte anzustellen?

Antwort: Ihre Frage ist bestimmt zu verneinen. Da der Kassenverband nicht selbst Träger der Krankenversicherung ist, kann die nach § 408 Abs. 2 RVO. gebotene entsprechende Anwendung der §§ 13 und 14 nur so verstanden werden, daß unter „Versicherungsträger" jede der dem Verbande angeschlossenen Krankenkassen zu verstehen ist. Wählbar zum Verbandsvorstande ist also als Arbeitgebervertreter nur, wer mindestens einen Versicherungspflichtigen beschäftigt, der bei einer der verbundenen Kassen versichert ist; und als Vertreter der Versicherten ist nur wählbar, wer selbst bei einer dieser Kassen versichert ist.

Hieran halten wir auch gegenüber der uns mitgeteilten abweichenden Auskunft von anderer Stelle fest. Allerdings überläßt das Gesetz (§ 409 Ziff. 3) es der Satzung, über die Zusammensetzung des Verbandsvorstandes und des etwa zu wählenden Ausschusses zu bestimmen. Daraus folgt aber nur, daß die besonderen Vorschriften über die Zusammensetzung der Kassenorgane, insbesondere über das Verhältnis von Vertretern der Arbeitgeber zu Vertretern der Versicherten (§§ 327 ff. RVO.), auf die Verbandsorgane nicht anwendbar sind. Dagegen folgt aus der Anführung der §§ 4 bis 34 im § 408 Abs. 2, daß die allgemeinen Vorschriften über Wählbarkeit zu den Organen der Versicherungsträger (§§ 12 bis 14) auch für die Wählbarkeit zu den Verbandsorganen gelten. Hiervon darf die Verbandssatzung nicht abweichen. Bei entgegengesetzter Auffassung käme man zu dem unannehmbaren Ergebnis, daß der Verbandsvorstand nach der Satzung auch ausschließlich aus Personen, die weder Arbeitgeber noch Versicherte sind, bestehen dürfte.

Erweiterung des Vorstandes bei Vereinigung von Krankenkassen.

11. Nach W. Antwort: Nach Ihren Mitteilungen fassen wir den Sachverhalt wie folgt auf: Mit dem 1. Januar ist die Vereinigung der besonderen Ortskrankenkasse mit der allgemeinen (§ 269 RVO.) in Kraft getreten. Bei der Auseinander-

setzung (§§ 285 ff.) ist auf Grund des § 292 festgesetzt worden, daß die aufnehmende (allgemeine) Ortskrankenkasse die erforderlichen Satzungsänderungen vornimmt und daß der Vorstand der aufgenommenen (besonderen) Ortskrankenkasse „drei seiner Vorstandsmitglieder in den Vorstand der allgemeinen Ortskrankenkasse entsendet". Eine dementsprechende Satzungsänderung, durch welche die Zahl der Vorstandsmitglieder der aufnehmenden Kasse sich von 9 auf 12 erhöhen würde, steht noch aus. Ob für den Eintritt der drei neuen Mitglieder in den Vorstand die Änderung der Satzung als unerläßliche Voraussetzung anzusehen ist (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 292; dagegen Hoffmann in ArbVers. 1913 S. 579), kann dahingestellt bleiben. Denn selbst, wenn man dies verneint, war es nach der getroffenen Festsetzung Sache der aufgenommenen Kasse, die drei Mitglieder in den Vorstand der vereinigten Kasse zu „entsenden", d. h. sie zu wählen und der aufnehmenden Kasse zu bezeichnen. War dies bis zum 1. Januar nicht geschehen, so hatte selbstverständlich der bisherige Vorstand der aufnehmenden Kasse die Geschäfte der nunmehr erweiterten Kasse fortzuführen und die erforderlichen Beschlüsse in der bisherigen Zusammensetzung aus 9 Mitgliedern zu fassen. Gegen die Gültigkeit dieser Beschlüsse kann ein Bedenken daraus, daß die aufgenommene Kasse hierbei nicht vertreten war, nicht hergeleitet werden. Eine andere Auffassung würde darauf hinauslaufen, daß die aufgenommene Kasse durch ihre Verzögerung die Kassenverwaltung lahmlegen könnte.

Fuhrkosten des Arztes.

12. Nach Hannover. Antwort: Nach Ziff. 18 der preußischen Gebührenordnung für Ärzte hat der Arzt, wenn der Kranke sich außerhalb des Wohnortes des Arztes — und zwar nicht unter 1 Kilometer von der Ortsgrenze und nicht unter 2 Kilometer von der Wohnung des Arztes — befindet „Ersatz der für die Reise erwachsenen Fuhrkosten" zu beanspruchen. Bestimmte Sätze nach Kilometern des Weges stellt das Gesetz nicht auf. Es sind die wirklichen Auslagen, selbstverständlich nur in den Grenzen des Notwendigen, zu erstatten. Zwischen verschiedenen Beförderungsmöglichkeiten — z. B. Straßenbahn, Eisenbahn, Droschke, Kraftwagen — darf der Arzt nicht ohne hinreichenden Grund das teurere Beförderungsmittel wählen. Als hinreichenden Grund aber wird man nicht nur Dringlichkeit des Falles, sondern auch die Rücksicht auf die Praxis des Arztes gelten lassen müssen, die ihn oft bestimmen wird, im Interesse der Beschleunigung das teurere Beförderungsmittel zu wählen. Bei Benutzung eigenen Fuhrwerks (Wagen, Fahrrad usw.), sowie für den Fall, daß der Arzt überhaupt kein Fuhrwerk benutzt, billigt ihm die Gebührenordnung „Entschädigung nach den ortsüblichen Fuhrkostenpreisen" zu (Ziff. 18 Satz 2 und 3).

Fortzahlung der Kassenbeiträge für volle Wochen.

13. Nach Neuwied. Antwort: Nach § 397 Abs. 1 RVO. sind die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen. Das bedeutet, daß, solange die Abmeldung des Versicherungspflichtigen nicht erfolgt ist, die Sache hinsichtlich der Beitragspflicht so angesehen wird, als ob das Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis noch bestände. Der Arbeitgeber hat daher die Beiträge in der gleichen Weise wie bisher, also in der gleichen Höhe, zu denselben Zeiten und für die gleichen Zeiträume fortzuzahlen. Daraus folgt, daß auch § 397 Abs. 4 entsprechend anzuwenden ist. Bestimmt die Satzung, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben werden, und erfolgt die Abmeldung am Montag, so ist der Beitrag für die hiermit begonnene Woche voll zu bezahlen, gleichviel ob die Abmeldung rechtzeitig oder ob sie verspätet erfolgt ist und ob es sich daher um die ordentliche Beitragspflicht bei bestehendem Versicherungsverhältnis oder um die nach § 397 Abs. 1 verlängerte Beitragspflicht handelt.

Gebühren und Auslagen des Arztes für Tuberkulin-Einspritzungen.

14. Nach W. Antwort: Die preuß. Gebührenordnung für Ärzte bestimmt unter Ziff. 37 die Gebühren, die der Arzt bei „Einspritzungen von Heilmitteln außer dem Betrage für diese" zu beanspruchen hat (zu vgl. für die Kriegszeit: ArbVers. 1918 S. 553). Es wird hier also vorausgesetzt, daß der Arzt das Heilmittel selbst beschafft, wie es einer verbreiteten Übung entspricht und auch angemessen erscheint, weil bei Einspritzungen, insbesondere auch von Tuberkulin, das hier in Frage steht, die Ärzte mit Recht Wert darauf legen, ein von ihnen erprobtes und bereitgehaltenes Präparat zu verwenden. Die Kasse darf daher die Bezahlung der Auslagen für ein solches Arzneimittel nicht deshalb ablehnen, weil es nicht „auf Kassenschein aus der Apotheke" bezogen war (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 216 Ziff. 8). Der Arzt muß aber in seiner Rechnung den Betrag seiner Gebühr und seiner Auslage gesondert angeben, damit die Ansätze auf ihre Richtigkeit nachgeprüft werden können. Die Angabe eines Gesamtbetrages für „37 Injektionen einschließlich Tuberkulin" genügt nicht.

Muß die Krankenkasse ein „Reservebruchband" bereitstellen?

15. Nach Teltow. Frage: Sind wir verpflichtet, einem Versicherten neben dem von ihm getragenen Bruchband noch ein zweites Ersatzbruchband für den Fall zur Verfügung zu stellen, daß das von ihm getragene gebrauchsfähige Bruchband plötzlich einmal versagen sollte? Der Versicherte begründet seinen Anspruch auf Bereitstellung eines zweiten Bruchbandes damit, daß das von ihm getragene Bruchband ein anatomisches Bruchband besonderer Konstruktion sei, das nicht am Lager ist, sondern erst angefertigt werden muß. Bei einem plötzlichen Versagen des von ihm getragenen Bruchbandes, müßte er die Arbeit bis zur Anfertigung eines neuen Bruchbandes, das längere Zeit dauern würde, aussetzen. Um dieser Möglichkeit vorzubeugen, glaubt er sich berechtigt, ein Reservebruchband für alle Fälle vorrätig zu halten.

Antwort: Die Frage ist zu verneinen. Dem gegenwärtigen Bedürfnisse des Kranken ist durch das vorhandene Bruchband entsprochen. Das Verlangen des Versicherten kommt darauf hinaus, daß die Kasse für den mehr oder weniger ungewissen Fall einer bloßen Bedarfsmöglichkeit vorsorgen soll. Solche vorbeugende Fürsorge liegt außerhalb der Verpflichtungen der Kasse zur Krankenhilfe nach § 182 RVO.

Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 165 RVO.

16. Nach Bochum. Antwort: Die preußische Ministerialverfügung vom 7. 10. 19 gewährleistet tatsächlich für den Bereich der allgemeinen Verwaltung und der Verwaltung der direkten Steuern allen in Betrieben oder im Dienste des Staates be-

schäftigten Beamten mit Diensteinkommen von nicht über 5000 M und allen nicht beamteten, aber auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt Angestellten einen dem § 169 RVO. in der Fassung der Verordnung vom 3. 2. 19 genügenden Anspruch. Mit dem Erlasse dieser Verfügung wurde kraft Gesetzes die Versicherungsfreiheit der bezeichneten Beamten und Angestellten wirksam, ohne daß es hierzu eines Antrages oder auch nur einer Mitteilung an die Kasse bedurfte (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 623 Ziff. 4). Die bereits angestellten Hilfspolizeiwachtmeister wurden daher vom 7. 10. 19 ab versicherungsfrei; bis dahin waren sie versicherungspflichtig. Später angestellte Hilfspolizeiwachtmeister sind vom Tage der Anstellung ab versicherungsfrei. Hat das Polizeipräsidium solche Beamte aus der vom Arbeiter- und Soldatenrat gebildeten Sicherheitswehr übernommen und ihre Anstellung mit Rückwirkung auf einen früheren Zeitpunkt ausgesprochen, so bleibt dieser Ausspruch versicherungsrechtlich außer Betracht; denn erst vom Tage der tatsächlichen Anstellung ab war der Anspruch auf Leistungen, wie sie § 169 RVO. voraussetzt, gewährleistet (zu vgl. Entsch. des RVA. 2119, ArbVers. 1915 S. 822).

Ersatzanspruch der Gemeinde für die einem Versicherten, der von einem wutverdächtigen Hunde gebissen war, gewährte Krankenhilfe.

17. Nach Kaufbeuren. Antwort: Wenn die von dem wutverdächtigen Hunde gebissenen Versicherten sich nicht selbst die in solchem Falle gebotene ärztliche Behandlung im Institut für Infektionskrankheiten verschaffen konnten, und deshalb die Gemeinde für die solcher Fürsorge Bedürftigen eintrat, so handelte sie in Erfüllung der ihr obliegenden Armenpflegepflicht und erwarb dadurch gegen die Krankenkasse Ersatzansprüche nach §§ 1531 ff. RVO. Ihre Forderung bemißt sich dann aber nur nach diesen Vorschriften; sie kann nicht darüber hinaus vollen Ersatz der ihr erwachsenen Auslagen verlangen. Zu vgl. ArbVers. 1919 Heft 24 S. 480 Ziff. 13.

Versicherungsberechtigung von „Probeschwestern" in einem Kinderpflegehaus.

18. Nach Lahr i. B. Frage: Im Mutterhaus für Kinderpflege in N. sind „Probeschwestern", die sich dort einer 1½jährigen praktischen Ausbildung in der Kinderpflege unterziehen und denen als Entgelt nicht mehr als der freie Unterhalt gewährt wird. Für die 1½ Jahre haben sie noch 200 M an das Mutterhaus zu zahlen. Nach erfolgter Ausbildung werden diesen Schwestern Stellen zugewiesen als Kinderschwestern usw., für die sie dann einen gewissen Barlohn beziehen und krankenversicherungspflichtig werden. Die Probeschwestern, die während ihrer Ausbildung auf Grund des § 172 Ziff. 4 RVO. versicherungsfrei sind, beabsichtigen nun auf Grund des § 176 Abs. 1 RVO. während der Zeit ihrer Ausbildung der Versicherung freiwillig beizutreten. Wir erbitten Ihre gefl. Äußerung, ob die Schwestern tatsächlich zum freiwilligen Beitritt berechtigt sind.

Antwort: Wir können einen Zweifelsgrund nicht erkennen. Beitrittsberechtigt sind nach § 176 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. versicherungsfreie (d. h. nicht versicherungspflichtige) Beschäftigte der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art. Die Probeschwestern würden, wenn nicht die besonderen Voraussetzungen des § 172 Ziff. 4 vorlägen, nach der Art ihrer Beschäftigung als Gehilfinnen (zu vgl. Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12), oder etwa als Lehrlinge, entsprechend dem weiten Sinne, der diesem Begriffe beigelegt wird (Entsch. des RVA. in ArbVers. 1917 S. 544), versicherungspflichtig sein. Sind sie es aus dem vorerwähnten besonderen Grunde nicht, so sind sie eben nach § 176 versicherungsberechtigt.

Ernennung eines ausscheidenden Vorsitzenden des Kassenvorstandes zum „Ehrenvorsitzenden"?

19. Nach H. Frage: Unser langjähriger, betagter Vorsitzender des Vorstandes hat sein Amt niedergelegt. Der jetzige Vorstand wünscht, daß seine Erfahrungen auch weiterhin in den Vorstandssitzungen zur Geltung kommen, und beabsichtigt, ihn zu den Vorstandssitzungen mit beratender Stimme hinzuzuziehen und ihn aus persönlicher Ehrung zum Ehrenvorsitzenden des Vorstandes zu ernennen. Ist das zulässig?

Antwort: Weder das eine noch das andere ist zulässig. Es steht nichts im Wege, daß der Vorstand die Erfahrungen des alten Vorsitzenden durch seine Befragung und Anhörung in geeigneten Fällen nutzbar macht. Aber seine allgemeine Zulassung mit beratender Stimme würde mit § 11 RVO. unvereinbar sein, wonach die Vorstandssitzungen nicht öffentlich sind. Und die Ernennung zum „Ehrenvorsitzenden" ist unzulässig, weil sie ohne praktische Bedeutung, also eine bloße Titelverleihung wäre, zu der dem Kassenvorstande eine Befugnis nicht zusteht.

Umfang der Pflicht der Kasse zur Gewährung von Heilbädern.

20. Nach Blomberg. Antwort: Wenn die Frau am 2. August aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausschied und sich nicht nach § 313 RVO. weiterversicherte, so hat sie dennoch wegen der am 4. August eingetretenen Erkrankung Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, sofern die Voraussetzungen des § 214 RVO. gegeben sind. Zu den Regelleistungen gehört nach § 182 Krankenhilfe, welche Krankenpflege und im Falle der Arbeitsunfähigkeit auch Krankengeld umfaßt, und zur Krankenpflege gehören neben ärztlicher Behandlung auch Heilmittel, also erforderlichenfalls auch Fichtennadelbäder. Für die Annahme, daß solche Leistungen nur zu gewähren seien, wenn der Kranke auch arbeitsunfähig ist, fehlt jeder Anhalt im Gesetz. Die Bäder sind an sich nötigenfalls während der vollen satzungsmäßigen Leistungsdauer, also für mindestens 26 Wochen, zu gewähren (§ 183). Dabei kommt es, wenn die Kasse nach der Satzung nur „kleinere" Heilmittel gewährt, nicht auf die Kosten des einzelnen Bades, sondern auf die Gesamtkosten der erforderlichen Bäder an. Überschreiten diese Kosten den Höchstbetrag (zu vgl. § 193 Abs. 1), so hat die Kasse die Mehrkosten abzulehnen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 5b). Den ganzen Anspruch deshalb abzulehnen, weil die Kranke der Einweisung in das Krankenhaus keine Folge leistete, die doch der Arzt nach der Natur der Krankheit nicht für erforderlich hielt, ist die Kasse nicht berechtigt. Ein solches Recht steht ihr nur zu, wenn die Voraussetzungen für die Anordnung der Krankenhauspflege ohne Zustimmung der Kranken vorliegen (§ 184). Daß dies der Fall gewesen sei, ist aus Ihren Angaben nicht zu entnehmen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1272 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 21. Februar 1920 | Heft 6

Die Fortbildung der Sozialversicherung in Österreich seit dem Kriege.

Von Dr. Franz Xaver Weiß in Wien.

Wenn auch seit dem Ausbruch des Weltkrieges, der die so lange erwartete Gesetzwerdung des Sozialversicherungsgesetzentwurfes vereitelt hat, aus verschiedenen Gründen von großzügigen Reformen der Sozialversicherung nicht die Rede sein konnte, so sah sich die Regierung, insbesondere unter dem Drucke der geänderten Verhältnisse der Kriegszeit bald vor die Notwendigkeit gestellt, Teilreformen durchzuführen. Daß diese Anpassung veralteter Bestimmungen an die gegenwärtigen wirtschaftlichen Verhältnisse, die vor allem in der Erhöhung der Leistungen der Versicherungsanstalten besteht, mit der Begründung der Republik keineswegs einen Stillstand erfahren hat, vielmehr in verschärftem Tempo fortgesetzt worden ist, versteht sich von selbst.

Die bisher erfolgten Reformen der Sozialversicherungs-Gesetzgebung hatten zwar nur kleine Ausschnitte dieses Gebietes zum Gegenstand; in ihrer Gänze haben sie aber nicht unwesentliche Änderungen der bisher in Geltung stehenden Normen mit sich gebracht.

I. Unfallversicherung. — Das Arbeiterunfallversicherungs-Gesetz aus dem Jahre 1887 und das sogenannte „Ausdehnungsgesetz“ von 1894 haben durch das Gesetz vom 21. August 1917, RGBl. Nr. 363, nicht unbedeutende Abänderungen zugunsten der Versicherten erfahren, die durch das deutsch-österreichische Gesetz v. 30. Juli 1919, StGBl. Nr. 399, beträchtlich erweitert wurden.

Während sich die Versicherung früher nur auf die „Folgen der beim Betriebe sich ergebenden Unfälle“ bezog, gilt sie seit dem Jahre 1917 auch für Unfälle, „die sich bei solchen häuslichen oder anderen Verrichtungen ereignen, zu denen der Versicherte neben der die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung oder während ihrer Dauer durch den Betriebsunternehmer oder in seinem Namen durch einen dem Versicherten im Arbeitsverhältnis Vorgesetzten herangezogen wird“. Von Bedeutung ist, daß neben den „häuslichen“ auch „andere Verrichtungen“ hervorgehoben werden. Es wird sich verhältnismäßig nicht allzu selten ereignen, daß ein Unternehmer Arbeiter gleichzeitig in einem versicherungspflichtigen und in einem nicht versicherungspflichtigen Betriebe beschäftigt. Die Versicherung gilt in diesem Falle nun auch für Unfälle, die sich in dem nicht versicherungspflichtigen Betriebe ereignen. Auch die Unfälle, „die sich auf dem Wege von der Wohnung zur Arbeit oder von der Arbeit zur Wohnung ereignen“, sind nunmehr im allgemeinen den Betriebsunfällen gleichzuhalten.

Während früher der der Rentenberechnung zugrundeliegende Arbeitsverdienst mit höchstens 2400 K. angenommen wurde, ist durch das ersterwähnte Reformgesetz dieser Betrag auf 3600 K. und durch das Gesetz von 1919 auf 6000 K. erhöht worden. Statt des Begräbnisgeldes, das zuerst 50 K. und später 100 K. betrug, wurde „eine einmalige Zuweisung von 300 K. an die Hinterbliebenen“

eingeführt. Für Lehrlinge und andere Personen, die wegen noch nicht beendeter Ausbildung gar nicht oder nicht voll entlohnt werden, wurde der Arbeitsverdienst seit jeher in derselben Höhe wie der niedrigste Arbeitsverdienst voll entlohnter Arbeiter oder Betriebsbeamter der betreffenden Beschäftigung bemessen. Doch galt hierbei eine Maximalgrenze von 600 K., die im Jahre 1917 auf 1200 K. erhöht, nunmehr aber gänzlich fallen gelassen worden ist.

Wesentlich ist die durch das Gesetz von 1917 durchgeführte Erhöhung der Rente. Diese beträgt nunmehr bei gänzlicher Betriebsunfähigkeit zwei Drittel (früher 60 v. H.) des Arbeitsverdienstes. Diese Vollrente kann nunmehr auch solchen Verletzten, die nicht gänzlich erwerbsunfähig sind, vorübergehend als Rekonvaleszentenrente dann gewährt werden, wenn der Verletzte zur gänzlichen Wiederherstellung seines Zustandes besonderer Schonung bedarf. Solange der Verletzte nach Beendigung des Heilverfahrens derart hilflos ist, daß er fremder Pflege und Wartung bedarf, ist die Rente auf das Andert-halbfache der vollen Rente zu erhöhen. Durch die Novelle von 1919 wurde den Beschädigten überdies Anspruch auf Beteilung mit Körperersatzstücken und orthopädischen Behelfen in erforderlicher Zahl eingeräumt.

Die Hinterbliebenenrenten haben im Jahre 1917 eine Erhöhung ihres maximalen Gesamtausmaßes von 50 v. H. auf zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes erfahren. Die Rente des unehelichen Kindes wurde von 10 auf 15 v. H. erhöht. Der Umfang der Rentenberechtigten wurde dadurch erweitert, daß der Anspruch nicht nur, wie früher, der Witwe (dem Witwer), den Kindern und den Eltern, sondern auch den Großeltern, den Geschwistern und den Enkeln zusteht. Früher war es Voraussetzung des Rentenanspruches des Aszendenten, daß der Verstorbene ihr einziger Ernährer war; jetzt genügt es, wenn er zum Unterhalt der Aszendenten, denen in dieser Beziehung die Enkel und die Geschwister gleichgehalten werden, „wesentlich beigetragen hat".

Hervorgehoben zu werden verdient, daß durch das Gesetz von 1917 ein arger Schönheitsfehler des österreichischen Unfallversicherungsgesetzes beseitigt worden ist. Bis dahin hatte der Versicherte 10 v. H., der Unternehmer 90 v. H. der Beiträge zu entrichten. Nunmehr ist diese Bestimmung dahin abgeändert worden, daß die tarifmäßigen Versicherungsbeiträge dem Unternehmer allein zur Last fallen, so daß der Unternehmer nunmehr auch hierzulande, so wie es nach der Gesetzgebung der anderen Staaten seit jeher gegolten hat, das Unfallrisiko allein zu tragen hat. Schließlich soll noch erwähnt werden, daß die Unfallversicherungsanstalten durch die Novelle von 1919 die Berechtigung erhalten haben, bei Betriebsunfällen der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört, die Krankenfürsorge abzunehmen, sowie daß dem Verletzten nach Abschluß des Heilverfahrens nunmehr an Stelle der ihm gebührenden Rente freie Kur und Verpflegung (im allgemeinen nur mit seiner Zustimmung) gewährt werden kann.

II. Krankenversicherung. — Das Krankenversicherungsgesetz vom Jahre 1888 wurde zunächst ohne Mitwirkung der Volksvertretung durch eine auf Grund des bekannten § 14 der österreichischen Verfassung erlassene kaiserliche Verordnung vom 4. Jänner 1917, RGBl. Nr. 6, geändert, die nach Wiedereinberufung des Reichsrates durch das Gesetz vom 20. November 1917, RGBl. Nr. 417, ersetzt wurde, das gegenüber der genannten Verordnung nur geringfügige Abänderungen aufweist. Vor allem sind es die Kassenleistungen, die durch das neue Gesetz erweitert wurden. Weitere Schritte in dieser Richtung geschahen durch das deutsch-österreichische Gesetz vom 30. Juli 1919, StGBl. Nr. 398, das der seit dem Jahre 1917 weiter vor sich gegangenen Geldentwertung Rechnung trug.

Durch das Gesetz von 1917 wird zunächst die Dauer der Wöchnerinnen-Unterstützung von vier auf sechs Wochen erhöht. Hierdurch wurde eine Änderung der Gewerbeordnung notwendig, durch die das Verbot der Ver-

wendung von Wöchnerinnen zu regelmäßiger gewerblicher Beschäftigung gleichfalls von vier auf sechs Wochen ausgedehnt wurde. Wöchnerinnen, die ihre Kinder selbst stillen, sind Stillprämien in der Höhe des halben Krankengeldes mindestens durch zwölf, längstens durch 26 Wochen nach der Niederkunft zu gewähren. An weibliche Versicherte im letzten Stadium der Schwangerschaft kann, wenn sie sich mit Rücksicht auf ihren Zustand der Lohnarbeit enthalten, überdies, sofern nicht ohnehin Anspruch auf Krankengeld besteht, das Krankengeld durch einen Zeitraum von höchstens vier Wochen gewährt werden. Wöchnerinnen kann Pflege in einem Wöchnerinnenheim gewährt, oder, wenn sie in häuslicher Pflege verbleiben, so wie auch Erkrankten, geschultes Pflegepersonal beigestellt werden; die Anrechnung der hieraus erwachsenden Kosten auf das Krankengeld ist bis zu dessen Hälfte zulässig.

Nach dem Gesetz von 1888 war die Krankenunterstützung durch längstens 20 Wochen (wenn die Krankheit nicht früher endete) zu leisten. Durch das Gesetz von 1917 wurde dieser Zeitraum auf 26 Wochen erweitert. Nach der Novelle von 1919 ist die Unterstützung Anspruchsberechtigter, wenn sie ununterbrochen während 30 Wochen versichert waren, durch 52 Wochen zu gewähren. Dieser Zeitraum kann durch das Statut der Krankenkasse auch ohne Rücksicht auf die Dauer der Versicherung festgesetzt werden.

Von besonderer Wesenheit ist die Einführung des Lohnklassensystems. Ursprünglich galt als Grundlage der Kassenleistungen „der im Gerichtsbezirke übliche Tagelohn gewöhnlicher, der Versicherungspflicht unterliegender Arbeiter". Das Krankengeld hatte mindestens 60 v. H., höchstens 75 v. H. dieses „bezirksüblichen Taglohnes" zu betragen, der jedoch auf keinen Fall höher als mit 4 K. angenommen werden durfte, so daß die tatsächliche obere Grenze des täglichen Krankengeldes 3 K. betrug. Es ist selbstverständlich, daß die auf dieser Grundlage bemessenen Kassenleistungen, die schon lange nicht mehr ausreichten, in den letzten Jahren in Anbetracht des auf einen kleinen Bruchteil seiner früheren Höhe gesunkenen Geldwertes den Zwecken einer Krankenversicherung auch nicht in bescheidenstem Ausmaße entsprechen konnten. Das Gesetz vom Jahre 1917 führt eine grundsätzliche Änderung in der Beitragsbemessung ein, indem es die Versicherten nach ihrem tatsächlichen Arbeitsverdienste in elf Lohnklassen mit einem durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienste von 1 K. bis zu 8,30 K. einteilte. Das Gesetz von 1919 erhöht die Zahl dieser Lohnklassen auf 15 mit einem durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienste von 1 K. bis 20 K. Das Krankengeld beträgt im allgemeinen 60 v. H. dieses durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes, kann aber, insbesondere nach der jüngsten Novelle beträchtliche Erhöhungen — in den unteren Klassen bis auf 100 v. H., in den oberen bis auf 80 v. H. der unteren Tagesverdienstgrenze der Lohnklasse — erfahren. Durch das letzterwähnte Gesetz wurde den Krankenkassen auch die Möglichkeit geboten, dem Versicherten für jedes von ihm erhaltene Kind bis zum 18. Lebensjahre einen Kinderzuschuß von 1 K., der bis 3 K. erhöht werden kann, zu gewähren.

Das Gesetz von 1917 hatte, um die Krankenkassen gegenüber den stark erhöhten Leistungen widerstandsfähiger zu machen, entgegen dem Willen der Arbeiterschaft, eine obligatorische zweitägige Karenzfrist für den Krankengeldbezug eingeführt, so daß das Krankengeld erst vom dritten Tage der Erkrankung an ausbezahlt wurde. Die Novelle von 1919 hat hier Wandel geschaffen. Für Krankheiten bis zu drei Tagen kann Krankengeld gewährt werden; ist der Erkrankte aber länger als drei Tage arbeitsunfähig, so muß das Krankengeld vom ersten Krankheitstage an gegeben werden. Auch das Begräbnisgeld erfuhr eine wesentliche Erhöhung. Früher mußte es mindestens das Zwanzigfache des im Gerichtsbezirke üblichen Taglohnes betragen, war aber nach oben mit 100 K. begrenzt. Durch das Gesetz von 1917 wurde es auf das Dreißigfache des tatsächlichen durch-

schnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes mit mindestens 60 K. festgesetzt. Nach dem Gesetz von 1919 kann es bis auf das 45fache des täglichen Arbeitsverdienstes, jedoch nicht über 600 K. erhöht werden.

Bemerkenswert ist die Neueinführung der Familienversicherung, die durch das Gesetz von 1917 erfolgte und seither durch das deutsch-österreichische Gesetz vom 6. Februar 1919, StGBl. Nr. 86, eine neue Regelung erfahren hat. Die Versicherung der Familienangehörigen der Mitglieder ist fakultativ, kann aber vom Staatssekretär für soziale Verwaltung als obligatorisch erklärt werden. Versichert werden können jene Familienangehörige, die von dem Versicherten selbst versorgt werden und nicht ihrerseits versichert oder versicherungspflichtig sind. In die Familienversicherung, die sich auf jede Kassenleistung mit Ausnahme des Krankengeldes erstrecken kann, können nur solche im Monats- oder Jahresgehalt stehende Angestellte aufgenommen werden, deren Gehalt eine bestimmte Grenze nicht übersteigt, die beispielsweise in Wien mit 800 K. monatlich festgesetzt ist. Entsprechend den Mehrleistungen der Kasse mußten auch die Beiträge in angemessenem Umfange erhöht werden. Während die Beiträge nach dem Gesetz von 1888 im allgemeinen nicht mehr als 3 v. H. des oben gekennzeichneten „bezirksüblichen Tagesverdienstes" ausmachen durften, wurde diese Maximalgrenze durch das Gesetz von 1917 beträchtlich erhöht, das die Wochenbeiträge mit höchstens vier Zehntel des tatsächlichen durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes (d. s. 6⅔ v. H. des tatsächlichen Wochenverdienstes) festsetzt. Durch das Gesetz von 1919 wurden diese bisherigen Maximalbeiträge als normale Beiträge erklärt. Zu erwähnen wäre noch, daß die Novelle von 1917 auch die Abstufung der Beiträge nach der Krankheitsgefahr vorsieht.

Hinsichtlich der finanziellen Gebarung wurde manche Erleichterung geschaffen. Der Reservefonds ist nicht mehr im Betrage der zweifachen durchschnittlichen Jahresausgabe, sondern bloß in der Höhe der einfachen durchschnittlichen Ausgabe der letzten drei Jahre anzusammeln. Früher waren für die Anlage des Reservefonds die allgemeinen Bestimmungen über die Anlage von Mündelvermögen maßgebend. Durch das Gesetz von 1917 wird ausdrücklich bestimmt, daß mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde zum Zwecke der Unterbringung der Kassenkanzlei, zum Zwecke der Errichtung von Heil-(Rekonvaleszenten-)anstalten, Realitäten (Grundstücke) erworben werden können, wenn sie nicht über die Hälfte der Erwerbskosten belastet bleiben. Für Zwecke, die mit der Krankenversicherung in Zusammenhang stehen (Einrichtungen für Kranken- und Rekonvaleszentenpflege, Bekämpfung von Tuberkulose, Alkoholismus, Geschlechtskrankheiten und anderen Volksseuchen) können besondere Fonds errichtet werden, für welche die Einhebung gesonderter Beiträge gestattet ist. Hat der Reservefonds die gesetzliche Minimalhöhe überschritten, so können auch aus ihm Zuwendungen an die Fonds erfolgen.

Das Gesetz von 1917 hat es auch unternommen, den kassenärztlichen Dienst zu regeln. Konflikte zwischen Kassen und Ärzten sind auch in Österreich keine Seltenheit. Das Gesetz sieht die Beilegung solcher Streitigkeiten durch paritätische Schiedsgerichte vor. Ferner regelt es in ausführlicher Weise die Vertragsschließung zwischen Ärzten und Kassen bzw. Kassenverbänden, wobei auch auf den Abschluß von Rahmenverbänden Bedacht genommen ist. Des weiteren werden Einigungskommissionen eingesetzt zur Austragung von Meinungsverschiedenheiten über die Handhabung bestehender und über den Abschluß neuer Verträge.

Prinzipiell bedeutsame Maßnahmen werden in der Richtung der Vereinheitlichung der Krankenversicherung getroffen. Die Zwangsverbände der Bezirkskrankenkasse*) werden, da sie sich nicht bewährten, abgeschafft. An ihrer Stelle wird

*) Die Bezirkskrankenkassen sind jene Kassen, bei denen alle in ihrem Sprengel beschäftigten versicherungspflichtigen Personen versichert sind, die nicht einer anderen Krankenkasse angehören. In der Regel besteht für jeden Gerichtsbezirk eine eigene Bezirkskrankenkasse.

die Bildung freier Verbände aller Kassen gestattet. Die Förderung der Entstehung und Entwicklung von Kassenverbänden ist überaus wichtig, da manche Bedürfnisse der Krankenversicherung nur durch Zusammenschluß größerer Kreise von Versicherten befriedigt werden können. Es sei hier nur an die Schaffung der Rekonvaleszentenanstalten, Wöchnerinnenheimen und dergleichen erinnert. Ein weiterer Schritt auf dem Wege zur Konzentration der Krankenversicherung erfolgte durch das bereits erwähnte Gesetz vom 6. Februar 1919, StGBl. Nr. 86. Dieses gibt der Regierung die Handhabe, Kassen mit geringer Mitgliederzahl (Kassen von weniger als 1000 Mitgliedern in Gemeinden mit über 10 000 Einwohnern; Kassen von weniger als 500 Mitgliedern in anderen Gemeinden) oder andere leistungsunfähige Kassen aufzulösen oder mit anderen Kassen zu vereinigen. Wie sehr in Österreich die kleinen Kassen überwiegen, zeigt die folgende Zusammenstellung aus dem Jahre 1911. Damals hatten von sämtlichen 3369 Kassen

eine Mitgliederzahl von	Kassen
weniger als 50	262
" " 100	733
" " 200	1410
" " 500	2180
" " 1000	2692
1000 und darüber	677

Die Zusammenfassung der kleinen Kassen erwies sich deshalb als notwendig, weil die beiden Novellen des Krankenversicherungsgesetzes an die Kassen erhöhte Anforderungen stellen, die von den kleinen Gebilden nicht erfüllt werden können.

Die Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber den Kriegsopfern wird durch das Invaliden-Entschädigungs-Gesetz vom 25. April 1919, StGBl. Nr. 245, geregelt*). Bei Zusammentreffen eines Anspruchs auf Heilbehandlung gegen den Staat auf Grund dieses Gesetzes und eines Anspruches auf Grund der Krankenversicherung ist innerhalb einer dreijährigen Frist, die mit dem der Gesundheitsstörung nachfolgenden Kalenderjahre, frühestens aber mit dem Eintritte der Wirksamkeit des Gesetzes zu laufen beginnt, die Leistungspflicht der Krankenkasse, soweit durch ihre Statuten nicht günstigere Bestimmungen getroffen sind, auf die Hälfte des satzungsmäßigen Krankengeldes beschränkt. Doch kann die Durchführung der Heilbehandlung mit Zustimmung des Versicherten der Kasse gegen Entgelt übertragen werden. Nach Ablauf dieser Frist ist die Krankenkasse zur Leistung der vollen Krankenunterstützung verpflichtet, während die Vergütungspflicht des Staates dem Kriegsbeschädigten gegenüber auf die darüber hinausgehenden Leistungen beschränkt ist.

III. Pensionsversicherung (Angestelltenversicherung). — Dieser in Österreich seit dem Jahre 1906 bestehende Versicherungszweig hat bekanntlich erst knapp vor Kriegsbeginn durch die kaiserliche Verordnung vom 25. Juni 1914, RGBl. Nr. 138, eine Novellierung erfahren. Mit Rücksicht auf die voraussichtlichen Kriegsfolgen wurde der Wirksamkeitsbeginn dieser Novelle durch die kaiserliche Verordnung vom 28. August 1914, RGBl. Nr. 225, vom 1. Oktober auf den 1. August zurückverlegt.

Im vorstehenden wurde die Entwicklung der österreichischen Sozialversicherungs-Gesetzgebung seit dem Kriege zur Darstellung gebracht. Nicht in Betracht gezogen wurden jene durch den Krieg hervorgerufenen Änderungen, die bloß vorübergehender Natur sind, sowie jene organisatorischen Änderungen, die durch die staatlichen Umwälzungen notwendig wurden.

Selbstverständlich ist die Reform der Sozialversicherung für die nächste Zeit nicht abgeschlossen. Es steht vielmehr eine gründliche Neuorganisation der Unfall- und Krankenversicherung und eine Erweiterung des Umfanges der Versicherungspflicht in Aussicht. Insbesondere aber wird die organisierte Arbeiterschaft den starken politischen Einfluß, der ihr gegenwärtig zu Gebote steht, sicherlich

*) Dies Gesetz betrifft nur die Kriegsinvaliden. Eine allgemeine Invalidenversicherung in der Art der reichsdeutschen besteht in Österreich nicht — abgesehen von der unten (unter III) erwähnten Pensionsversicherung, die der deutschen Angestelltenversicherung entspricht.

dazu benützen, um endlich die Alters- und Invaliditätsversicherung zu verwirklichen. Allerdings darf nicht außer acht gelassen werden, daß diese Versicherungszweige allen Beteiligten sehr beträchtliche Opfer auferlegen. Denn hier ist im Gegensatz zur Kranken- und Unfallversicherung die Ansammlung großer Kapitalien erforderlich, die in Deutsch-Österreich, dessen wirtschaftliche Kräfte zu seinen Bedürfnissen in einem gar argen Mißverhältnis stehen, gegenwärtig keineswegs leicht möglich ist.

Rentenzulagen aus der Invalidenversicherung.

Von Oberregierungsrat Geiß in Stuttgart. (Schluß.)

II. Wenig glücklich dürfte die Begründung der Entscheidung Z. 2485 sein, wonach einem Armenverbande, dem die Invalidenrente eines Rentenempfängers überwiesen ist, die Rentenzulage nicht zusteht. Sie begnügt sich nicht mit dem Hinweis auf § 1 Abs. 2 der Ausführungsbestimmungen, wonach juristischen Personen die Zulage nicht ausbezahlt werden soll, sondern stützt sich zugleich auf § 4 der Bekanntmachung vom 3. Januar 1918, wonach die Zulage wegfällt, wenn der Anspruch auf die Rente zum vollen Betrag ruht oder wegfällt. Der Begriff des Ruhens und des Wegfalls der Rente ist durch die RVO. (§§ 1311 bis 1313 und §§ 1298 und 1299) genau festgelegt. Die Überweisung der vollen Rente an einen Armenverband auf Grund des § 1531 RVO. ist hiernach so wenig ein „Wegfall" der Rente als etwa die Übertragung, Verpfändung und Pfändung der vollen Rente gemäß § 119 RVO., obwohl allen diesen Fällen gemeinsam ist, daß dem Rentenberechtigten für eine gewisse Zeit die Rente entgeht, für ihn also wegfällt. Diese Art des Wegfallens hatte aber doch § 4 der Bekanntmachung vom 3. Januar 1918 sicher nicht im Auge. Das RVA. setzt sich mit dieser Begründung in einen gewissen Widerspruch zu seinem Bescheid 2464, in welchem es die Zahlung der Zulage an einen Rentner, dessen volle Rente an den Pfandgläubiger zur Auszahlung kommt, für zulässig erachtet, da er, wenn auch nicht Empfänger des Rentenbetrags, so doch Rentenempfänger im Sinne des vierten Buchs der RVO. sei. Hier anerkennt also das RVA., m. E. mit vollem Recht, daß es Fälle gibt, in denen dem Rentenberechtigten die Zulage zu bezahlen ist, obwohl die ganze Rente an einen andern ausbezahlt wird. Diese Fälle, wenn sie auch wenig zahlreich sein mögen, verdienen um so mehr die Aufmerksamkeit der Ausführungsorgane, als es sich um Rentenempfänger handelt, die sich in besonderer Notlage befinden, eben weil ihnen die ordnungsmäßige Rente nicht zu Gebote steht.

Im gleichen Bescheid kommt das RVA. auf die fortlaufende teilweise Pfändung der Rente — bei teilweiser Übertragung und Verpfändung liegen die Verhältnisse ähnlich — zu sprechen mit dem Ergebnis, daß vor allen Dingen dafür Sorge zu tragen sei, daß die Post nicht beiden Beziehern der Rententeilbeträge, dem Pfandgläubiger und dessen Schuldner, sondern nur dem letzteren die Zulage auszahlt. Diese verschiedenartigen Fälle in den Ausführungsbestimmungen zu regeln, sei nicht angängig gewesen. Das RVA. behalte sich die Entscheidung im Einzelfall vor. Es müsse im Auge behalten werden, daß die Regelung zwecks schleunigster und einfachster Durchführung der Zulagenzahlung über Schwierigkeiten besonderer Art hinweggehen mußte und daß es dem pflichtmäßigen Ermessen des Versicherungsträgers überlassen bleiben müsse, Fälle besonderer Art sachgemäß zu behandeln. Man weiß nicht, ob diese schönen Worte nicht durch die späteren Entscheidungen Z. 2485 und 2486, welche das „starre Prinzip" recht unverhüllt und unbeschränkt verkünden, überholt sind. Das wäre schade. Interessant ist, daß hier dem pflichtmäßigen Ermessen des Versicherungsträgers der ge-

bührende Spielraum für die sachgemäße Behandlung der Einzelfälle gelassen ist. Leider vergißt das RVA. zu sagen, wie dieses pflichtmäßige Ermessen der Versicherungsträger zum Zuge kommen soll. Wenn der Einzelfall nicht in irgendeiner Weise an den Versicherungsträger herangebracht wird, besteht hierfür keine Möglichkeit. Der Versicherungsträger ist schlechterdings nicht imstande, seine gesamten Rentenakten nach solchen Fällen von Amts wegen zu durchstöbern. Die Rentner, deren Zulage in Frage steht, wenden sich aus eigenem Antrieb auch kaum je einmal an ihn, weil sie die erforderlichen Rechts- und Sachkenntnisse nicht haben. Bei dieser Sachlage fragt es sich, ob es nicht doch möglich gewesen wäre, durch die Ausführungsvorschriften Vorkehrung zu treffen, daß die zweifelhaften Fälle, wenn auch nicht von heute auf morgen, so doch im Lauf einiger Monate zur Kenntnis des Versicherungsträgers gekommen wären. Der Prüfung dieser Frage ist der nächste Abschnitt gewidmet.

III. In der Entscheidung Z. 2486 weist das RVA. zur Rechtfertigung seiner schematischen Auslegung der Bekanntmachung vom 3. Januar 1918 darauf hin, daß die Gewährung der Rentenzulagen zur Vermeidung übermäßiger Belastung der Post und der Versicherungsträger und behufs schleuniger Durchführung auf das äußere Merkmal der Rentenzahlung abgestellt werden mußte. Ähnlich der Bescheid Z. 2463 a. In Bescheid Z. 2464 wird ausgeführt, für die Post, die Unterscheidungen nach dem Rentenanspruch nicht machen könne, sei der Empfänger des Rentenbetrags der zur Erhebung der Zulage Berechtigte; zahle die Post an ihn, so handle sie im Rahmen ihrer Befugnisse.

Daß die Post und die Versicherungsträger im Jahre 1918 schonungsbedürftig waren und bis zu einem gewissen Grade auch jetzt noch sind, muß zugegeben werden. Ebenso kann darüber kein Zweifel sein, daß der Post eine Prüfung der Einzelfälle mit der Wirkung, daß sie für das Ergebnis dieser Prüfung haftbar wäre, im allgemeinen nicht zugemutet werden kann. Nicht richtig ist, daß die Post Unterscheidungen nach dem Rentenanspruche nicht machen könne. Aus der Zahlungsanweisung, die sie in ihren Händen hat, ersieht sie mit einem Blick, ob Zahlungsempfänger und Rentenberechtigter ein und dieselbe Person sind. In der weit überwiegenden Mehrzahl aller Fälle trifft dies zu, und können daher auch Zweifel über die Zulagezahlung nicht bestehen. Aber auch in vielen Fällen, in welchen Zahlungsempfänger (gesetzlicher Vertreter, Abhebungsbevollmächtigter) und Rentenberechtigter nicht identisch sind, hat die lokale Postbehörde auf Grund ihrer Kenntnis der Personen und Verhältnisse ohne weiteres die Gewißheit, daß der Auszahlung der Zulage nichts im Wege steht. In vielen Fällen wird eine kurze Rückfrage bei der nächsten Rentenabholung hinreichende Aufklärung geben, und was dann noch an zweifelhaften Fällen übrig bleibt, kann unbeschadet einer etwaigen vorläufigen Weiterbezahlung der Zulage an den Rentenberechtigten dem zuständigen Versicherungsträger unter Angabe des Namens des Rentners und seines Rentenzeichens zur weiteren Prüfung und Anordnung übersandt werden. Die württembergischen Postbehörden haben in vielen Fällen, in denen die Anwendung des § 1 Abs. 2 der Ausführungsbestimmungen in Frage stand, von sich aus das Bedürfnis empfunden, durch Benachrichtigung der Landesversicherungsanstalt Aufklärung zu schaffen. Das wäre anderwärts und in anderen Fällen wohl auch möglich. Und wenn, insbesondere in den größeren Städten, die Arbeit zu groß wäre oder nur ungenügend geleistet würde, so wäre das nicht das Schlimmste. Die Rentner in den großen Städten werden von anderer Seite über ihre Rechte und Ansprüche viel rascher und zuverlässiger unterrichtet als die auf dem Lande, und wenn die Sache einmal durch die Rückfragen der Postbeamten bei der Rentenabholung unter den Rentnern bekannt geworden ist, so spricht sie sich von selbst weiter, mit der Wirkung, daß die Rentner selbst sich um ihre Angelegenheit kümmern und etwaige Zweifel durch Rückfragen bei

den Ortsbehörden, Versicherungsämtern oder Versicherungsträgern beheben. Nach meinem Dafürhalten wird es nicht zu umgehen sein, die Postbehörden in den Dienst der Sache zu stellen, und wenn ihnen klare Richtlinien an die Hand gegeben werden, sollte das wenigstens jetzt, nachdem der Krieg zu Ende ist, auch möglich sein ohne unerträgliche Überlastung. Dieser Weg ist nicht neu. Er ist zur Vermeidung gesetzlich verbotener Zahlungen beim Zusammentreffen reichsgesetzlicher Unfallrenten mit Renten des vierten Buchs der RVO. (vgl. § 1311 RVO.) nach den Rundschreiben des RVA. vom 28. Januar 1893, Amtl. Nachr. S. 47, und vom 12. September 1912, Amtl. Nachr. 936, und beim Ruhen der Rente während der Verbüßung von Freiheitsstrafen (§ 1312 RVO.) durch Verfügung des Reichspostamts vom 17. Dezember 1902, Amtl. Nachr. 1904 S. 245, beschritten worden. In diesen beiden Fällen stehen fiskalische Interessen im Vordergrund, die m. E. weniger schwer wiegen. Nachdem die einschlägigen Bestimmungen sich in der Praxis eingelebt haben, könnte auf diesen Gebieten die Mitwirkung der Postbehörden zur Not entbehrt werden, wenn das Reichspostamt im Hinblick auf die Geschäftsüberlastung diese Kompensation für unumgänglich erachten sollte.

Wie schon bemerkt, wird die Postbehörde für Zuvielzahlungen an Zulagen im allgemeinen nicht haftbar gemacht werden dürfen. Mit dem Bescheid Nr. 2465 wird man sodann darin einverstanden sein können, daß bei vorkommenden Unstimmigkeiten der Versicherungsträger die Weiterungen der Aufklärung und des Wiedereinzugs zuvielbezahlter Zulagen zu besorgen hat. Sollte dieser Bescheid aber dahin zu verstehen sein, daß der Versicherungsträger die Rückzahlung der Zulage für seine Kasse bewirken soll, so dürfte dem doch das Bedenken entgegenstehen, daß die Zulagen auf Kosten der Gesamtheit der Landesversicherungsanstalten ausbezahlt werden und die einzelne Versicherungsanstalt an diesen Zahlungen nur im Verhältnis der Höhe ihres Gemeinvermögensanteils zum Gesamtgemeinvermögen beteiligt ist. Der Betrag der eingezogenen Zuvielzahlungen wird daher wohl richtiger bei der Post vereinnahmt und verrechnet.

IV. v. Pešl begründet in der oben Z. I am Schluß angezogenen Erörterung in Heft 16 des laufenden Jahrgangs dieser Zeitschrift seine Ansicht, daß die Aufrechnung im Sinne des § 1324 RVO. mit Rentenzulagen statthaft sei, damit, daß die Zulage eine Erhöhung und damit ein Bestandteil der Rente sei. Ich bestreite das und bin mit dem RVA. (Entscheidung Z. 2487) und mit den Ausführungen in den Monatsblättern f. Arbeiterversicherung 1918 S. 19ff, insbesondere S. 27, der Ansicht, daß die Zulage zwar denselben rechtlichen Charakter hat wie die Rente, daß sie im übrigen aber von der Rente unabhängig ist und selbständig neben dieser einhergeht. Dies ist ein m. E. nicht zu unterschätzender Vorzug der jetzigen Regelung, und wenn den Bestrebungen der Landesversicherungsanstalten doch noch ein später Erfolg blühen sollte, wäre zu wünschen, daß dieser Vorzug in gewissem Umfang in der Neuregelung mitübernommen würde. Für die von v. Pešl aufgeworfene Frage ist der Unterschied nur von untergeordneter Bedeutung. Denn, wenn die Zulage den rechtlichen Charakter der Rente hat, finden die für die Rente getroffenen Rechtsbestimmungen auf sie insoweit Anwendung, als die für sie erlassenen Sonderbestimmungen nichts anderes bestimmen. Wenn also die Zulageverordnungen und die hierzu ergangenen Ausführungsbestimmungen nichts Abweichendes anordnen, gelten beispielsweise die Vorschriften des Rentenrechts über Übertragung, Verpfändung, Pfändung und Aufrechnung auch für die Zulagen, aber mit dem Unterschiede, daß die Zulagen selbständig Gegenstand dieser Rechtsbeziehungen werden können, während sie als Rentenbestandteil ipso jure in die bezüglich der Rente bestehenden Rechtsbeziehungen einbezogen wären — zur angenehmen Überraschung der Gläubiger. Die Monatsblätter weisen zur Begründung des selbständigen Charakters der Zulagen

mit Recht darauf hin, daß sie für den Kinderzuschuß (§ 1291 RVO.) nicht mitgerechnet werden. Als einen Vorzug möchte ich dies freilich nicht bezeichnen, denn bei kinderreichen Familien wäre eine Progression der Rentenaufbesserung zweifellos sehr wünschenswert. Es gibt aber auch andere Fälle, welche der Beachtung bedürfen. Wäre die Zulage ein Bestandteil der Rente, so müßte sie beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 1311 (Zusammentreffen mit einer reichsgesetzlichen Unfallrente) in Fällen teilweise zum Ruhen gebracht werden, wo sie jetzt dank ihrem selbständigen Charakter voll ausbezahlt wird. Bei der Abfindung der Ausländer (§§ 1316, 1317) müßte die Abfindungssumme aus der erhöhten Rente berechnet werden, obwohl die Ausländer durch ihre Abwanderung den Nöten, für die die Zulage gewährt wird, entrückt werden. Im Fall des § 1522 RVO. (beim Zusammentreffen einer Invaliden- oder Hinterbliebenenrente mit einer reichsgesetzlichen Unfallrente, wenn die Invalidität oder der Tod die Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist) wäre es für den Rentenberechtigten wohl günstiger, wenn die Zulage als Bestandteil der Rente betrachtet würde, da dann eher der Fall eintreten könnte, daß der übersteigende Betrag der Invaliden- oder Hinterbliebenenrente zur Ausbezahlung käme, während die Zulage als selbständige Zahlung in Wegfall kommt, sobald die nicht erhöhte Rente gleich oder geringer ist als die Unfallrente (ohne Unfallrentenzulage). Doch hat diese Sachlage wenig praktische Bedeutung, weil die Unfallrente in diesen Fällen meist höher ist als die Rente der Invalidenversicherung samt ihrer Zulage. Im Fall des § 73 des Vg. f. A. (Ruhen des Ruhegelds der Angestelltenversicherung neben den Renten der reichsgesetzlichen Invalidenversicherung) ist es für den Versicherten hinwiederum günstiger, wenn die Rentenzulage der Invalidenversicherung einen selbständigen Charakter hat und aus diesem Grunde für die Ruhegeldkürzung außer Betracht bleiben darf.

V. Das Ergebnis vorstehender Untersuchung ist, daß, nachdem die Zulageverordnungen der Invalidenversicherung den ursprünglichen Charakter einer vorübergehenden Notmaßnahme mehr und mehr eingebüßt haben und mit einer längeren Dauer des bestehenden Zustandes zu rechnen ist, die hierzu ergangenen Ausführungsbestimmungen des RVA. den berechtigten Interessen der Rentenempfänger und des Allgemeinwohls nicht mehr entsprechen und daher einer durchgreifenden Abänderung bedürfen, welche, nachdem sowohl bei der Post als bei den Versicherungsträgern wieder geregelte Geschäftsverhältnisse eingetreten sind, auf der Grundlage einer weitergehenden Mitarbeit der Postbehörden und Versicherungsträger vorgenommen werden könnte und sollte.

Im einzelnen ergeben sich für diese Abänderung etwa folgende Gesichtspunkte:

1. Einer Gemeinde oder einem Armenverband, welche einem Rentenberechtigten auf Grund gesetzlicher Pflicht vollständigen freien Unterhalt gewähren (§§ 1531, 1536 RVO), wird die Zulage nicht ausbezahlt; gleiches gilt für Betriebsunternehmer und Kassen, die statt solcher Verpflichteter nach gesetzlicher Pflicht Hilfsbedürftige unterstützen (§ 1541 RVO.).

2. Rentenberechtigte, welchen von Dritten auf Grund gesetzlicher Pflicht vollständiger freier Unterhalt gewährt wird, haben für ihre Person keinen Anspruch auf die Zulage. Sind im Inland Angehörige vorhanden, die der Rentenberechtigte ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, oder die ihm den vollständigen freien Unterhalt gewähren, so hat diesen der Versicherungsträger die Zulage zu überweisen.

3. Die Zulage hat in erster Linie der Linderung der wirtschaftlichen Not der Person des Rentenberechtigten zu dienen; der Zugriff Dritter, insbesondere juristischer Personen und Behörden auf die Zulage darf nur mit Zustimmung des Rentenberechtigten erfolgen.

4. Solange die Rente nicht ihrem ganzen Betrage nach ruht (§§ 1311 bis 1313 RVO.)

oder weggefallen ist (§§ 1298, 1299 RVO.) hat der Rentenberechtigte — unbeschadet oben Z. 2 — auch dann Anspruch auf die Bezahlung der Zulage, wenn die Rente selbst ihrem ganzen Betrage nach an einen Dritten ausbezahlt wird.

5. Die Zulage ist kein Bestandteil der Rente, hat aber den rechtlichen Charakter der letzteren. Sie kann nach Maßgabe der Bestimmungen der RVO. selbständig Gegenstand der Übertragung, Verpfändung, Pfändung und Aufrechnung sein.

6. Alle neuen Zahlungsanweisungen an die Postbehörden über Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrenten müssen mit einem Vermerk des Versicherungsträgers versehen werden, ob und mit welchem Betrag die Zulage an den Zahlungsempfänger auszubezahlen ist.

7. Soweit Renten auf Grund von Zahlungsanweisungen zur Ausbezahlung kommen, welche einen Zulagevermerk noch nicht enthalten, prüft die auszahlende Poststelle, ob im Hinblick auf Z. 1 bis 4 oben Bedenken hinsichtlich der Auszahlung der Zulage vorliegen. Können solche nicht durch mündliche Rückfrage bei der nächsten Rentenabholung beseitigt werden oder erhebt der Zahlungsempfänger selbst hinsichtlich der Zulagezahlung Anstände, so werden diese Fälle von der Auszahlungsstelle unmittelbar dem zuständigen Versicherungsträger unter Angabe des Namens des Rentenberechtigten, des Namens des Zahlungsempfängers und des Rentenzeichens zur weiteren Behandlung und Bescheidung mitgeteilt. Bis zum Eintreffen der letzteren kann die Zulage an die Person des Rentenberechtigten weiterbezahlt werden. Eine Haftpflicht aus dieser Tätigkeit erwächst weder dem betreffenden Postbeamten noch dem Staat bzw. Reich.

8. Für die Zurückforderung etwaiger Zuvielzahlungen an Zulagen kann die Postbehörde die Vermittelung des zuständigen Versicherungsträgers in Anspruch nehmen. Die hieraus sich ergebenden Eingänge sind bei der Postkasse zu vereinnahmen und zu verrechnen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Auskunftspflicht der Versicherungsträger (Krankenkassen) gegenüber Behörden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 11. Oktober 1919 (2551 Amtl. Nachr. 1919 S. 441).

Rechtshilfe im engeren Sinne bezieht sich begrifflich nur auf solche Amtshandlungen, die an sich die ersuchende Stelle selbst vorzunehmen hatte, aber aus örtlichen oder sachlichen Gründen nicht selbst vornehmen kann. Hierunter fällt das in Frage stehende Ersuchen des Magistrats in L. um Auskunft über Gewährung von Kassenleistungen jedenfalls nicht. Der für das Gebiet der RVO. in den §§ 115, 116 aufgestellte Begriff der Rechtshilfe geht jedoch weiter, er umfaßt die Pflicht gewisser Dienststellen, sich bei Erledigung von Aufgaben, die an sich anderen Dienststellen obliegen, helfend zu betätigen (zu vergl. Entsch. 2768 Amtl. Nachr. 1914 S. 802; H a n o w, Kommentar, 3. Aufl., Anm. 3 zu § 115; H a h n, Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Aufl., ebenda). Insonderheit schließt, wie die Entstehungsgeschichte des § 116 bestätigt, die Verpflichtung der Krankenkassen zur Rechtshilfe auch die Pflicht zur Erteilung gewisser Auskünfte an Behörden und Armenverbände ein. Der durch die Novelle vom 10. April 1892 eingefügte § 76a des Krankenversicherungsgesetzes verpflichtete die Träger der Krankenversicherung zur Auskunft über etwaige nach dem Krankenversicherungsgesetze begründete Unterstützungsansprüche gegenüber Gemeindebehörden und Armenverbänden, die auf Grund der ihnen obliegenden gesetzlichen Verpflichtungen zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen Versicherte unterstützt hatten. Diese in § 76a festgesetzte Mitteilungspflicht der Krankenkassen ist, wie die Begr. zu den §§ 128 bis 130 des Entw. (§§ 115 bis 117 des Gesetzes) S. 68 hervorhebt, durch die Fassung des § 129 des Entw. (§ 116 des Gesetzes) mit gedeckt. Hiernach beschränkt sich also die durch § 116 RVO. begründete, dem früheren Rechte unbekannte allgemeine Rechtshilfepflicht der Krankenkassen nicht auf die oben erwähnte Rechtshilfe im engeren Sinne, sondern schließt jedenfalls die Auskunftspflicht des früheren § 76a des Krankenversicherungs-

gesetzes gegenüber Gemeindebehörden und Armenverbänden mit ein. Während die §§ 115, 116 RVO. aber grundsätzlich voraussetzen, daß das Rechtshilfeersuchen „im Vollzuge des Gesetzes" ergeht, daß somit die ersuchende Stelle die gewünschten Ermittlungen zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung benötigt, bedürfen die Gemeindebehörden und Armenverbände der von ihnen früher nach § 76a des Krankenversicherungsgesetzes, jetzt nach § 116 RVO. geforderten Auskünfte regelmäßig nicht im Vollzuge der RVO., sondern zur Durchführung der ihnen auf Grund anderer Gesetze obliegenden öffentlich-rechtlichen Unterstützungspflicht. Trotzdem soll nach dem in der Begründung zum Ausdruck gebrachten Willen des Gesetzgebers die Auskunftspflicht der Krankenkassen in dem bisherigen Umfange auf Grund des § 116 fortbestehen (zu vergl. Hanow, a. a. O., Anm. 5 zu § 116). Demgemäß war auch im vorliegenden Streitfall die Allgemeine Ortskrankenkasse Br. gegenüber dem Magistrat in L. in seiner Eigenschaft als Kriegsfürsorgestelle zur Erteilung der gewünschten Auskunft verpflichtet, denn der Magistrat hatte zwecks Durchführung des Gesetzes vom 28. Februar 1888/4. August 1914 ein wohlbegründetes Interesse daran, zu erfahren, ob die von ihm unterstützte Frau B. bereits von der Krankenkasse eine Unterstützung erhielt.

Aber auch wenn eine weitergehende Auslegung des Rechtshilfebegriffs nicht für angezeigt oder ein nicht im Vollzuge der RVO. begründetes Rechtshilfeersuchen für unvereinbar mit dem Wortlaut der §§ 115, 116 erachtet, ist das Ersuchen des Magistrats in L. doch auf Grund der **Beistandspflicht** begründet. Wie das Reichsgericht in einem Beschluß vom 2. Juni 1910, abgedruckt in der Juristischen Wochenschrift 1910 S. 717, ausgesprochen hat, besteht, abgesehen von der Pflicht zur Rechtshilfe, für alle deutschen öffentlichen Behörden die Dienstpflicht, die Erledigung ihrer Amtsgeschäfte sich wechselseitig nach Möglichkeit zu erleichtern. Ein Urteil des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 6. September 1890 (Entsch. Bd. 20 S. 448) bezeichnet die Befugnis der Behörden, um Hilfeleistung zu ersuchen, und die Pflicht, dem Ersuchen Folge zu leisten, als allgemeines Recht. Entsprechend hat auch das Reichsversicherungsamt über den Rahmen der Rechtshilfe im engeren Sinne hinaus eine Verpflichtung der Versicherungsträger festgestellt, sich bei Erledigung dienstlicher Geschäfte gegenseitig Beistand zu leisten (zu vergl. Bescheide 1610 und 2261 Amtl. Nachr. 1897 S. 329 und 1908 S. 550; Bescheid vom 11. Mai 1914 — I 2769/14, und Entsch. vom 13. November 1916 — II 6509/16, mitgeteilt in den „Entsch. und Mitt. des RVA." Bd. 4 S. 423 und Bd. 8 S. 20; Entsch. vom 3. Februar 1917 — II K 869/16). Diese Beistandspflicht der Behörden oder der Versicherungsträger untereinander besteht selbstverständlich auch im Verkehre zwischen Behörden und Versicherungsträgern, die ebenso wie hinsichtlich der Rechtshilfe in den §§ 115, 116 RVO. auch hinsichtlich der allgemeinen Beistandspflicht den Behörden gleichzustellen sind.

Dementsprechend darf, wie das Oberversicherungsamt im Anschluß an die obenerwähnte Entscheidung des Bayerischen Landesversicherungsamts vom 22. Juni 1918 (ArbVers. 1918 S. 709 ff.) mit Recht angenommen hat, der Vorstand einer Krankenkasse Auskunft über Gewährung von Kassenleistungen dann nicht verweigern, wenn eine Behörde die Auskunft zwar nicht im Vollzuge der Reichsversicherungsordnung, aber im öffentlichen Interesse zur Durchführung ihrer Aufgaben bedarf. Vorliegend war es Pflicht des Magistrats in L. über den Bezug anderweiter öffentlich-rechtlicher Unterstützungen durch Frau B. Ermittlungen anzustellen, da diese Unterstützungen gegebenenfalls auf die Kriegsfürsorgeunterstützung anzurechnen waren. Aus demselben Grunde geht auch der weitere Einwand der Krankenkasse fehl, daß ihr Mitglied Frau B. durch die Erteilung der Auskunft benachteiligt werde. Denn eine Benachteiligung der Kassenmitglieder durch Angabe des ihnen gezahlten Krankengeldes ist, wie das Oberversicherungsamt zutreffend bemerkt, überall da nicht gegeben, wo eine Anrechnung dieser Leistung auf anderweite öffentliche Unterstützungen gesetzlich vorgesehen ist.

B. Zur Krankenversicherung.

Fristen für die Weiterversicherung Erwerbsloser durch die Gemeinden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 30. Oktober 1919 (2554 Amtl. Nachr. 1919 S. 445).

Die Entscheidung des vorliegenden Streitfalls hängt von der Beantwortung der Frage ab, ob die Weiterversicherung eines Erwerbslosen nach § 12a der Verordnung vom 13. November 1918 in der Fassung der Verordnung vom 21. Dezember 1918 durch die Innehaltung der in § 3 des Gesetzes, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 und § 1 der Bekanntmachung über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) vorgeschriebenen sechswöchigen Frist bedingt wird. Dabei handelt es sich um die noch nicht festgestellte Auslegung einer gesetzlichen Vorschrift von grundsätzlicher Bedeutung. Da das Oberversicherungsamt nach § 405 Abs. 2 RVO. über das hier streitige Versicherungsverhältnis endgültig entscheiden würde, so ist die Abgabe

der Sache an das Reichsversicherungsamt nach den §§ 1799, 1693 RVO. gerechtfertigt.

In der Sache selbst ist das Reichsversicherungsamt dem Versicherungsamte beigetreten. Nach § 12a der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge in der Fassung der Verordnung vom 21. Dezember 1918 hat die fürsorgepflichtige Gemeinde, wenn ein Erwerbsloser zur Fortsetzung der Krankenversicherung berechtigt ist, seine Weiterversicherung herbeizuführen. Danach hat die Gemeinde die Pflicht und die Befugnis, ein Recht auszuüben, das dem Erwerbslosen selbst auf Grund der Reichsversicherungsordnung zusteht. Der Inhalt und die zeitliche Begrenzung dieses Rechtes selbst sind aber dadurch, daß seine Ausübung der Gemeinde übertragen worden ist, in keiner Weise verändert oder erweitert worden. Sie sind vielmehr aus der Reichsversicherungsordnung oder den diese ändernden gesetzlichen Vorschriften zu ermitteln. Der Wille, Kassenmitglied zu bleiben, muß daher der Kasse innerhalb der dreiwöchigen Frist des § 313 Abs. 2 RVO. oder innerhalb der sechswöchigen Frist des § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 und des § 1 der Bekanntm. vom 28. Januar 1915 auch in dem Falle angezeigt werden, wenn die Gemeinde die Weiterversicherung des Erwerbslosen herbeiführen will. Zu dieser Auslegung zwingt der Wortlaut des mehrfach erwähnten § 12a. Dafür spricht auch die weitere Entwicklung der für die Erwerbslosenfürsorge maßgebenden Vorschriften. Durch die Verordnung, betreffend Änderung der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge, vom 15. April 1919 (RGBl. S. 399) und die darauf beruhende Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge vom 16. April 1919 (RGBl. S. 416) ist in § 12a Abs. 1 für die von der Gemeinde zu bewirkenden Meldungen eine selbständige Frist von zwei Wochen von dem Beginne der Unterstützung ab eingeführt worden, die auch dann Platz greift, wenn die für den Erwerbslosen persönlich maßgebliche Drei- oder Sechswochenfrist bereits vor dem Ende der bezeichneten zweiwöchigen Frist abgelaufen sein sollte. Hierdurch sollte den Gemeinden ein größerer Spielraum als bisher für die zur Weiterversicherung erforderlichen tatsächlichen Feststellungen gewährt und vermieden werden, daß ein bei Beginn der Erwerbslosenfürsorge noch bestehendes Recht auf Weiterversicherung alsbald verloren ginge, ohne daß der Gemeinde hinreichende Zeit zur Verfügung gestanden hätte, die Weiterversicherung auch tatsächlich zu bewirken (zu vergl. Müller, Die Krankenfürsorge für Erwerbslose, in der Zeitschrift „Die Arbeiter-Versorgung" 1919 S. 281 ff., und Spielhagen in der Monatsschr. für Arb.- und Angest.-Vers. 1919 Sp. 353 ff., besonders Sp. 357). Damit wurde also die bisherige völlige Abhängigkeit der Befugnis der Gemeinde von dem Anspruch des Erwerbslosen anerkannt. Die entgegenstehende Auffassung von H. Baum (Arbeiter-Versorgung 1919 S. 444), daß durch die Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge „die Sechswochenfrist des § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 absichtlich durch eine kürzere, von nur zwei Wochen, ersetzt worden sei", entspricht nicht der Entstehungsgeschichte und Bedeutung des neuen § 12a. Auch die Beweisführung des Versicherungsamts in B. in der Entscheidung vom 31. März 1919 (Arbeiter-Versorgung 1919 S. 347 ff.) geht insofern fehl, als dort aus Abs. 2 des § 12a in der Fassung vom 21. Dezember 1918 gefolgert wird, daß ein Verlust des Rechtes auf Weiterversicherung nur bei schuldhafter Verzögerung der Meldung durch die Gemeinde anzunehmen sei. Diese Beweisführung beruht auf der zum mindesten recht anfechtbaren Annahme, daß die in dem genannten Absatz 2 vorgesehene Versäumnisfolge in allen Fällen eintrete, in denen das Recht auf Weiterversicherung durch Fristablauf verlorengegangen sei. Was im übrigen die von dem Versicherungsamt in B. erörterten unerwünschten Folgen des alten § 12a angeht, so können sie die Auslegung dieser Vorschrift nicht entgegen ihrem Wortlaut maßgebend beeinflussen, sondern nur zu einer anderweiten gesetzlichen Regelung Anlaß geben, die inzwischen ja auch tatsächlich, wie oben ausgeführt, erfolgt ist.

Im vorliegenden Falle, in dem der § 12a noch in der alten Fassung vom 21. Dezember 1918 anzuwenden ist, war das Recht zur Weiterversicherung zur Zeit der Anmeldung des Photographen W. bei der Krankenkasse in Me. bereits erloschen, die weitere Versicherung ist also mit Recht abgelehnt worden.

Zur Entscheidung über vermögensrechtliche Ansprüche aus dem Dienstverhältnisse von Kassenbeamten sind die Aufsichtsbehörden nicht zuständig.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 30. Oktober 1919 (2555 Amtl. Nachr. 1919 S. 447).

Bei vermögensrechtlichen Ansprüchen von Kassen**angestellten** aus ihrem Dienstverhältnis ist die Klage vor den ordentlichen Gerichten nach § 358 Abs. 2, 3 RVO. nur zulässig, wenn zuvor das Versicherungsamt und das Oberversicherungsamt über den Anspruch vorab entschieden haben. Diese Vorschrift gilt, wie der Senat bereits in der Entsch. 2315 (Amtl. Nachr. 1917 S. 270) dargelegt hat, nicht für Krankenkassen**beamte**, denen, wie R., die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen worden sind, und kann auf sie auch nicht durch Regulativ ausgedehnt werden. In Übereinstimmung hiermit hat der Senat in der Entsch. 2501 (Amtl. Nachr. 1919 S. 168) ausgesprochen, daß bei vermögensrechtlichen Ansprüchen solcher Beamten aus ihrem Dienstverhältnisse die Zulässigkeit des Rechtswegs vor den ordentlichen Gerichten nicht

von einer Entscheidung der Aufsichtsbehörden der Krankenkassen abhängig sei. Diese Behörden seien nicht berufen vor der Beschreitung des ordentlichen Rechtswegs eine derartige Entscheidung zu treffen. Demgegenüber hat das Oberversicherungsamt, wie es in der angefochtenen Entscheidung bemerkt, solche Vorentscheidungen in ständiger Rechtsprechung für zulässig erachtet und an dieser Auffassung auch im vorliegenden Falle festgehalten. Das Oberversicherungsamt führt dabei folgendes aus: Die §§ 30, 377 RVO. machten eine besondere Vorschrift, wie sie für die Kassenangestellten, die der Dienstordnung unterstehen, im § 358 gegeben sei, entbehrlich, sofern streitig geworden sei, ob eine Krankenkasse bei der Zubilligung oder Ablehnung vermögensrechtlicher Ansprüche ihrer Beamten das Gesetz oder die Satzung befolgt habe. Ein solcher Fall sei hier gegeben, da die Krankenkasse bezüglich der Gewährung von Teuerungszulagen nach dem Gesetz an die Genehmigung des Oberversicherungsamts gemäß § 359 RVO. und den dazu gegebenen Ausführungsvorschriften gebunden sei und die Beschwerde des Kassenbeamten sich auf eine Verletzung dieser Vorschriften stütze. Die Aufsichtsbehörden würden nur dann nicht entscheiden dürfen, wenn nicht die Rechtsfrage einer Gesetzesverletzung, sondern lediglich Tatfragen zur Entscheidung ständen, welche den Rechtsanspruch als solchen nur mittelbar beeinflussen. Eine Streitigkeit etwa darüber, ob ein Gehaltsbetrag schon ganz oder zum Teil gezahlt sei oder ob damit aufgerechnet werden könne, würde lediglich im ordentlichen Rechtsweg entschieden werden können, während über den grundsätzlichen Anspruch auf Gehalt oder Teuerungszulage die Versicherungsbehörden im Aufsichtswege jedenfalls so lange zu entscheiden haben, als eine gerichtliche Entscheidung nicht ergangen sei. Die Möglichkeit, daß sich jemand an das Gericht wende, um seine, sei es begründeten oder vermeintlichen zivilrechtlichen Ansprüche geltend zu machen, dürfe die staatlichen Behörden nicht abhalten, von ihren Rechten auf Regelung gewisser Rechtsverhältnisse, und wenn es auch nur eine vorläufige Regelung sei, Gebrauch zu machen. Diesen Ausführungen des Oberversicherungsamts kann nicht beigetreten werden. Die Aufsicht über die Krankenkassen erstreckt sich nach § 30 RVO. darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden. Diese Vorschrift gibt jedoch den Aufsichtsbehörden nicht die Befugnis, über streitige Ansprüche Dritter gegen die Krankenkassen zu entscheiden, soweit für die Geltendmachung dieser Ansprüche ein besonderes Verfahren vorgeschrieben ist (zu vergl. Entsch. des erkennenden Senats vom 15. April 1916 — II K 1142/15, abgedruckt in der „Arbeiter-Versorgung" 1917 S. 85, sowie Entsch. des Oberverwaltungsgerichts Bd. 51 S. 331, ferner Hanow in der Monatsschr. für Arb.- und Angest. Vers. 1914 Sp. 252, Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 30 RVO., sowie in der Monatsschr. für Arb.- und Angest.-Vers. 1919 Sp. 24 und die Bemerkungen der Schriftleitung der Arbeiter-Versorgung zu den daselbst 1918 S. 271 abgedruckten Entscheidungen des Versicherungsamts und des Oberversicherungsamts; a. M. von Geldern in der Monatsschr. für Arb.- und Angest. Vers. 1919 Sp. 364). Denn dann ist es dem Dritten überlassen, seine Ansprüche in dem besonderen Verfahren geltend zu machen, und es ist alsdann in diesem Verfahren zu prüfen, ob der Anspruch nach Gesetz oder Satzung begründet ist. Daneben ist für eine Entscheidung der Aufsichtsbehörden in dem Sinne, daß über den Anspruch mit bindender Wirkung für die Beteiligten entschieden wird, kein Raum. Die Auffassung des Oberversicherungsamts würde folgerichtig zu dem Ergebnis führen, daß die Aufsichtsbehörden beispielsweise auch befugt wären, über vermögensrechtliche Ansprüche von Ärzten gegen Krankenkassen zu entscheiden, soweit diese Ansprüche auf Gesetz oder Satzung gestützt werden. Eine derartige Befugnis steht aber den Versicherungsbehörden nach dem Gesetze zweifellos nicht zu (vergl. Hahn a. a. O.); vielmehr sind diese Ansprüche, soweit nicht, wie beispielsweise im § 6 des Einigungsabkommens zwischen Ärzten und Krankenkassen (des sogenannten Berliner Abkommens) vom 23. Dezember 1913 ein besonderes schiedsgerichtliches Verfahren vorgeschrieben ist, lediglich im ordentlichen Rechtsweg zu verfolgen. Hiernach war an den in der Entscheidung 2501 a. a. O. dargelegten Grundsätzen festzuhalten.

Die Entscheidung des Oberversicherungsamts ist nach dem Inkrafttreten der Verordnung über die Wahl des Vorstandsvorsitzenden bei den Ortskrankenkassen und über die Kassenangestellten vom 5. Februar 1919 (RGBl. S. 181) ergangen. Durch die §§ 9 und 10 dieser Verordnung sind die Vorschriften des § 359 Abs. 1 bis 5 der Reichsversicherungsordnung gestrichen und zugleich landesrechtliche Vorschriften und Anordnungen, die auf Grund des Abs. 4 a. a. O. getroffen waren, aufgehoben worden. Ferner sind durch § 11 der Verordnung Personen, die, ohne nach Landesrecht staatliche oder gemeindliche Beamte zu sein, am Tage des Inkrafttretens der Verordnung von einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse auf Lebenszeit, unwiderruflich oder mit Anspruch auf Ruhegehalt angestellt waren, der Dienstordnung ihrer Krankenkasse unterstellt worden. R. unterstand also zur Zeit des Erlasses der Entscheidung des Oberversicherungsamts der Dienstordnung seiner Kasse, und es galten für ihn an und für sich auch die Vorschriften des § 358 Abs. 2, 3 RVO., wonach bei vermögensrechtlichen Ansprüchen aus dem Dienstverhältnisse von Angestellten, die der Dienstordnung der Kasse unterstehen, der Klage im ordentlichen Rechtsweg die Vorentscheidung des Oberversicherungsamts vorangehen

muß. Gleichwohl war das Oberversicherungsamt für die Entscheidung über den vorliegenden Anspruch nicht zuständig. Es mag dahingestellt bleiben, ob im allgemeinen bei Kassenangestellten, die früher Beamte der Krankenkasse waren, die Vorschriften des § 358 Abs. 2, 3 auch auf Streitigkeiten aus ihrem früheren Beamtenverhältnis anzuwenden sind. Jedenfalls ist dies vorliegend nicht der Fall, da R. zur Zeit der Erhebung des Anspruchs vor dem Versicherungsamte noch nicht zu den Kassenangestellten gehörte und somit auch das weitere Verfahren nicht nach den Vorschriften für diese zu erledigen war. Übrigens ist R. inzwischen, wie aus dem Schreiben der Kasse vom 27. Juli 1919 zu entnehmen ist, nach § 8 des Gesetzes über Landkrankenkassen, Kassenangestellte und Ersatzkassen v. 28 Juli 1919 (RGBl. S. 615) in die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten wieder eingetreten.

Das Landgericht B. hat in seinem Urteil vom 1. Juli 1918 den ordentlichen Rechtsweg für unzulässig erachtet, weil weder Vorentscheidungen der Versicherungsbehörden, noch eine Vorentscheidung des Bezirksausschusses nach § 7 des preußischen Kommunalbeamtengesetzes vorlagen. Das Oberversicherungsamt nimmt an, daß die Vorschrift des § 7 a. a. O. nicht für Kassenbeamte gelte, denen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen sind (ebenso von Geldern a. a. O.). Es kann dahingestellt bleiben, ob diese Auffassung zutrifft, da die Versicherungsbehörden für die Entscheidung dieser Frage nicht zuständig sind (zu vergleichen die Entsch. 2501 a. a. O., in der im übrigen auf die für die Beamten der Landesversicherungsanstalten ergangene, die Anwendbarkeit des § 7 a. a. O. auf diese Beamten bejahende Rechtsprechung des Reichsgerichts — Entsch. in Zivils. Bd. 69 S. 183 — hingewiesen ist; zu vergl. auch Hahn in der Monatsschr. für Arb.- und Angest.-Vers. a. a. O.). Demnach bedarf es auch keiner Stellungnahme zu der von dem Oberversicherungsamt aus seiner Auffassung gezogenen Folgerung, daß R. bei Verneinung der Zuständigkeit der Versicherungsbehörden überhaupt nicht in der Lage sei, seinen Anspruch behördlich geltend zu machen.

C. Zur Militärversorgung.

Berücksichtigung des vor der Einstellung in den Militärdienst ausgeübten Berufs bei der Beurteilung des Grades der Erwerbsunfähigkeit nach § 4 des Mannschaftsversorgungsgesetzes.

Urteil des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 28. November 1919 (M. Nr. 72/19).

Mit Recht rügt der Beklagte, daß das Militärversorgungsgericht in dem angefochtenen Urteil bei der Beurteilung des Grades der Erwerbsunfähigkeit den von dem Kläger vor seiner Einstellung in den Militärdienst ausgeübten Beruf als Dachdecker nicht nur, wie es § 4 des Mannschaftsversorgungsgesetzes vorschreibt, berücksichtigt, sondern vielmehr ausdrücklich „zugrunde gelegt" hat.

Die Bedeutung des Berufs des Beschädigten ist in der militärischen Versorgung anders geregelt als in der Sozialversicherung, insbesondere in der Unfallversicherung. Beide gehen in dieser Frage grundsätzlich von verschiedenen Gesichtspunkten aus, mögen sie auch im praktischen Ergebnis wieder einander nahekommen.

Nach § 558 RVO. ist bei Verletzung vom Beginne der 14. Woche nach dem Unfall außer der Krankenbehandlung eine Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewähren, ohne daß ihr Begriff im Gesetze näher bestimmt wird. Die auf Grund dieser Gesetzesvorschrift ergangene Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts geht davon aus, daß Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Unfallversicherung nicht die berufliche, sondern die allgemeine Erwerbsunfähigkeit bedeutet. Danach ist für die Erwerbsfähigkeit, d. h. die Fähigkeit, seine Arbeitskraft wirtschaftlich zu verwerten, der allgemeine Arbeitsmarkt, soweit er für den Verletzten in Betracht kommt, und nicht allein sein bisheriges Arbeitsfeld maßgebend. Es kommt also darauf an, inwieweit einem Verletzten durch die Unfallfolgen die Möglichkeit verschlossen ist, auf dem ganzen wirtschaftlichen Gebiete nach seinen gesamten Kenntnissen und Fähigkeiten Verdienst zu erlangen (Amtl. Nachr. des RVA. 1888 S. 70, Rekursentsch. 457). Damit ist jedoch eine gewisse Rücksichtnahme auf die berufliche Ausbildung und die bisherige Art der Tätigkeit des Verletzten nicht ausgeschlossen, die zur Folge hat, daß gleichartige Verletzungen je nach Beruf und Lebensstellung des Verletzten in ihrer Einwirkung auf die Erwerbsfähigkeit ganz verschieden zu bewerten sind. Auch auf dem Gebiete der Unfallversicherung darf ein Verletzter nur auf solche, seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Arbeiten verwiesen werden, die ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden können, wie es § 1255 Abs. 2 RVO. für die Invalidenversicherung ausdrücklich vorschreibt. Das Reichsversicherungsamt hat denn auch trotz des Grundsatzes, daß bei der Beurteilung des Maßes der durch den Unfall herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit nicht die Berufsinvalidität, sondern die nach dem ganzen geistigen und körperlichen Zustande eingetretene Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auf dem gesamten Ge-

biete des wirtschaftlichen Lebens als maßgebend anzusehen ist, stets daran festgehalten, daß unbillige Härten zu vermeiden sind, daß namentlich auf die Ausbildung und die bisherige Berufsstellung angemessene Rücksicht zu nehmen ist (Amtl. Nachr. 1903 S. 382, Rekursentsch. 1995).

Eine andere Stellung nimmt dagegen das Mannschaftsversorgungsgesetz vom 31. Mai 1906 ein, indem es in § 4 bestimmt, daß bei der Beurteilung des Grades der Erwerbsunfähigkeit der von dem Verletzten vor seiner Einstellung in den Militärdienst ausgeübte Beruf zu berücksichtigen ist und, wenn der Verletzte keinen besonderen Beruf ausgeübt hat, die Beurteilung nach der allgemeinen Erwerbsfähigkeit erfolgt. Daß hiermit ausdrücklich die Unfähigkeit, einen Erwerb durch Fortsetzung des bisherigen Berufs zu erzielen, gemeint ist, erhellt klar aus dem Werdegang der militärischen Versorgung. Die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit geschah nach dem Gesetze, betreffend die Pensionierung und Versorgung der Militärpersonen usw., vom 27. Juni 1871 (RGBl. S. 275) lediglich unter dem Gesichtspunkte der allgemeinen Erwerbsunfähigkeit; eine Berücksichtigung der Erwerbsfähigkeit in dem eine besondere Vorbildung erfordernden Berufe fand dagegen nicht statt (zu vgl. §§ 58 ff.), indem das Gesetz von dem Gedanken ausging, daß eine verschiedene Entschädigung je nach dem Berufe in einem gewissen Widerspruch zur allgemeinen Wehrpflicht stehe. Von diesem Grundsatz wich schon der Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Versorgung der Unterklassen des Reichsheeres usw. (Stenogr. Ber. über Verhandl. des Reichst. 11. Leg. Per. II. Sess. erster Sessionsabschnitt 1905/06 II. Anlageband Berlin 1906 Aktenst. Nr. 14 S. 1128 f.) ab. (§ 5) . . . . .

Die Begründung (a. a. O. S. 1140) bemerkt zu § 5, das bisherige Verfahren habe erfahrungsgemäß dann zu Härten geführt, wenn durch die Verletzung die allgemeine Erwerbsfähigkeit gar nicht oder nur unbedeutend vermindert, dagegen eine erhebliche Beeinträchtigung der beruflichen Erwerbsfähigkeit bewirkt werde, in derartigen Fällen erfordere es die Billigkeit, vorwiegend die berufliche Erwerbsunfähigkeit zu berücksichtigen. Noch weiter ging man in der Kommission (a. a. O. VI. Anlageband Aktenst. Nr. 433 S. 4381 ff.) . . . . . In der zweiten Lesung nahm die Kommission dann den Antrag der Redaktionskommission an, der dem jetzigen § 4 des Mannschaftsversorgungsgesetzes gleich lautete (a. a. O. S. 4385, 4460/4461).

Hiernach will, was auch die militärischen Dienststellen bisher nicht verkannt haben (zu vgl. Dienstanw. zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit vom 9. Februar 1909 S. 34/35 Nr. 116), das Gesetz allerdings den Beruf berücksichtigt wissen; es läßt ihn aber nicht schlechthin und ausschließlich maßgebend sein. Danach ist *zunächst festzustellen, inwieweit der Beschädigte diejenige körperliche und geistige Befähigung eingebüßt hat, deren er bedurfte, um die Aufgaben des vor der Einstellung ausgeübten Berufs sachgemäß zu erfüllen.* Je mehr eine Gesundheitsstörung die Verwertung besonders erlernter und wirtschaftlich verwertbarer Fähigkeiten behindert und je enger das Arbeitsgebiet des Beschädigten dadurch geworden ist, desto höher ist der Grad der Erwerbsunfähigkeit zu bemessen. *Der Grad der Erwerbsunfähigkeit ist indessen, da die Berufsinvalidität nicht schlechthin maßgebend ist, im Einzelfalle danach zu bestimmen, um wieviel die Erwerbsfähigkeit des Dienstbeschädigten unter Berücksichtigung des Berufs Einbuße erlitten hat auf dem gesamten wirtschaftlichen Arbeitsmarkte, der ihm nach seinen Körper- und Geisteskräften offenstand* (zu vgl. *v. Olshausen-Dorn*, Versorgungsansprüche, 1919 S. 24 f.). Auf demselben Standpunkte steht das Reichsgericht in seiner Entscheidung vom 1. November 1911 (Bd. 77 S. 366 f.), indem es den vor der Einstellung ausgeübten Beruf lediglich berücksichtigt und im übrigen als den Maßstab der Rente das Maß der Einbuße an Erwerbsfähigkeit auf dem gesamten wirtschaftlichen Markte bezeichnet. In welchem Maße die Arbeitsfähigkeit und Wettbewerbsmöglichkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte beschränkt ist, hängt im einzelnen Falle von der Anpassungsfähigkeit und der Geschicklichkeit des Verletzten und von den von ihm zu leistenden Arbeiten ab (Amtl. Nachr. 1913 S. 394, Rekursentsch. 2602) . . . . .

Unfähigkeit zu jedem Militärdienst im Sinne des § 28 des Offizierpensionsgesetzes.

Ref. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** (1. Senat) v. 25. November 1919 — M. Nr. 133/19.

Aus den Gründen: . . . Der Pensionsanspruch des Klägers, der Offizier des Beurlaubtenstandes war, ist begründet, wenn der Kläger durch die Verwundung, die unbedenklich eine Kriegsdienstbeschädigung ist, zu jedem Militärdienst unfähig geworden ist (§ 28 Off. Pens. Ges.). Dem Berufungsgericht ist darin beizutreten, daß dies der Fall ist. Der Ausdruck des Gesetzes „zu jedem Militärdienste unfähig“ kann nicht bedeuten, daß dem Offizier durch die Dienstbeschädigung die Möglichkeit genommen sein müsse, sich irgendwie im militärischen Dienste zu betätigen. Denn der militärische Dienst im weitesten Sinne umfaßt auch Gebiete des Wirtschaftslebens, die mit dem Zwecke des Militärs nur mittelbar zusammenhängen und auf denen stellenweise noch mit einem Mindestmaße von Leistungs-

fähigkeit nützliche Arbeit geleistet werden kann. Es wäre aber ungerechtfertigt, jemanden, der in Erfüllung der Wehrpflicht die Stellung als Offizier erworben und seine Gesundheit geopfert hat, für seine weitere Betätigung als Offizier auf irgendeine abliegende und einseitige Tätigkeit zu verweisen. „Zu jedem Militärdienst unfähig" kann also nur bedeuten, daß dem Offizier diejenigen Zweige, in die sich die Wehrmacht als solche notwendig gliedert, verschlossen sind.

In dieser Beziehung haben die Militärverwaltungsbehörden, deren Urteil über die Dienstunfähigkeit der Offiziere bei der Verfolgung des Pensionsanspruches bisher maßgebend war (§ 40 Abs. 1 Ziff. 2 Off. Pens. Ges.) unterschieden zwischen Felddienstfähigkeit und Garnisondienstfähigkeit. Dies ist namentlich geschehen in der Pensionsvorschrift für das Preußische Heer vom 16. März 1912 (I 2 A 3) und in der Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit vom 9. Februar 1909 Ziff. 76, 77, 78, 224). Die rechtliche Bedeutung dieser Vorschriften kann hier dahingestellt bleiben. Es liegt jedenfalls kein Bedenken vor, die in ihnen enthaltenen, in der Praxis durchgearbeiteten Grundsätze im Spruchverfahren, dem die Beurteilung der Dienstfähigkeit jetzt übertragen ist (Art. I Ziff. 4 Vrdg. v. 1. Februar 1919, RGBl. S. 149), zu verwerten.

Hiernach ist der Offizier zu jedem Militärdienste unfähig, wenn er weder felddienstfähig noch garnisondienstfähig ist. Der Offizier ist aber nach den obigen Ausführungen nicht schon dann felddienstfähig oder garnisondienstfähig, wenn er noch irgendeine dem Offizier im Felde oder in der Garnison obliegende Tätigkeit ausüben kann, sondern nur dann, wenn er allen wesentlichen Anforderungen genügt, die an den Offizier im Felde oder in der Garnison gestellt zu werden pflegen. Daß in diesem Sinne die Felddienstfähigkeit der weitere Begriff ist, und derjenige, der nicht mehr garnisondienstfähig ist, auch den höheren Anforderungen des Felddienstes nicht genügt, kann einem Zweifel nicht unterliegen.

Dem Berufungsgerichte ist also darin zu folgen, wenn es geprüft hat, ob der Kläger, der unstreitig nicht mehr felddienstfähig ist, noch garnisondienstfähig ist.

Die Dienstbeschädigung des Klägers besteht in einer teilweisen Versteifung des rechten Schultergelenks; er ist behindert, wenn er den rechten Arm seitwärts, vorwärts oder rückwärts heben will. Seitwärts vermag er nach übereinstimmendem ärztlichen Befunde den Arm nicht bis zur Wagerechten zu erheben, vorwärts nicht ganz bis zur Wagerechten. Auch im Garnisondienste ist an den Offizier die Anforderung zu stellen, daß er, wie z. B. im Wachtdienste, von der Schuß- und Hiebwaffe in uneingeschränktem Maße Gebrauch machen kann und auch bei der Ausbildung der Truppe in der körperlichen Beweglichkeit nicht erheblich beeinträchtigt sein darf. Solche erhebliche Beeinträchtigung liegt aber vor, wenn der rechte Arm mit Schwierigkeit und nicht einmal bis zur Wagerechten gehoben werden kann; der sichere Gebrauch der Waffe ist hierdurch ernstlich in Frage gestellt. Mit Recht hat daher das Berufungsgericht den Kläger für garnisondienstunfähig erklärt; er ist also zu jedem Militärdienste untauglich und demgemäß pensionsberechtigt.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Tarifvertrag für Angestellte der Berufsgenossenschaften.

Im Heft 31 von 1919 S. 613 ff. sind zwei Tarifverträge für Krankenkassenangestellte mitgeteilt. Im folgenden teilen wir den mit dem Arbeitgeberverband der Berufsgenossenschaften vereinbarten Tarif für Angestellte der Berufsgenossenschaften mit:

I. Die ständig (d. i. mit Vertrag) Angestellten werden in folgende Klassen eingeteilt:

1. Bureauangestellte in übergeordneter bzw. aufsichtführender Stellung.
2. Bureauangestellte mit einem selbständigen Wirkungskreis, das sind solche, die fähig sind, auf allgemeine Anweisung ohne besondere Unterweisung im einzelnen Falle sowohl Katastersachen (Briefwechsel über Versicherungspflicht, Betriebszugehörigkeit usw.), wie Unfallsachen (Feststellung der Entschädigungspflicht, der Unfalleistungen und ähnliches), wie auch das Umlageverfahren, den Gefahrtarif, Kassen- und Zwangsbeitreibungssachen, die Statistik, die Registratur und sonstige, eine individuelle Bearbeitung erfordernde Angelegenheiten selbständig zu bearbeiten und eine oder mehrere von diesen Tätigkeiten tatsächlich dauernd (d. i. nicht nur während der Verhinderung anderer Angestellter) ausüben.
3. Bureauangestellte, die die Angestellten der Klasse 2 nach deren Anweisung dauernd unterstützen oder vorübergehend vertreten oder eine von den vorstehend unter Ziffer 2 aufgeführten Tätigkeiten zwar selbständig ausüben, aber nicht die Befähigung besitzen, jede dieser Tätigkeiten selbständig auszuüben.
4. Kanzlisten.
5. Untere Angestellte, wie Aktenhefter, Buchbinder, Bureau- und Hausdiener, Pförtner.

II. Das Besoldungsdienstalter beginnt mit dem 1. Januar desjenigen Jahres, seit dem ein Angestellter diejenige Tätigkeit ausübt und diejenigen Voraussetzungen erfüllt, auf Grund deren er in seine jetzige Angestelltenklasse auf Grund dieses Vertrages eingereiht wird.

Als spätester Zeitpunkt für den Beginn des Besoldungsdienstalters gilt jedoch für solche Angestellte, die erst nach Vollendung des 38. Lebensjahres fest angestellt worden sind, der 1. Januar desjenigen Jahres,

in dem der Angestellte das 38. Lebensjahr vollendet hat.

Es soll aber niemand, der aus einer niedrigeren Klasse in eine höhere aufrückt, schlechter gestellt werden, als wenn er in der niedrigeren Klasse verblieben wäre. Bei Berechnung des Besoldungsdienstalters werden die Kriegsjahre mit angerechnet.

Die Einreihung in die einzelnen Klassen und die Festsetzung des Besoldungsdienstalters erfolgt im Wege freier Vereinbarung zwischen den Berufsgenossenschaftsvorständen und den beteiligten Angestelltenvertretungen unter Hinzuziehung des betreffenden Angestellten.

III. Kommt eine Einigung über die Einreihung nach Nr. I oder II nicht zustande, so entscheidet der zuständige Schlichtungsausschuß und, wenn dessen Entscheidung nicht anerkannt wird, auf Anrufen einer Partei das Oberschiedsgericht endgültig (vgl. Nr. XV unten).

IV. Die den ständig Angestellten gewährten Bezüge bestehen aus

A. dem festen Gehalt,

B. einem beweglichen Gehaltszuschlag, der den schwankenden Verhältnissen der Volkswirtschaft und der dadurch bedingten wechselnden Kaufkraft des Geldes angepaßt werden und demgemäß abgeändert werden kann und im übrigen verschieden gestaltet ist, je nachdem, ob der Angestellte verheiratet ist oder nicht,

C. einem Ortszuschlag für solche Angestellte, deren Berufsgenossenschaften bzw. Sektionen ihren Sitz in teuereren Orten (b bis d siehe weiter unten) haben,

D. einer Kinderzulage.

Zu A: Das feste Grundgehalt beträgt:

in Klasse	im Anfangsbetrage ℳ	steigend von 2 zu 2 Jahren um ℳ	im Endbetrage ℳ
1	4200	2×400, 2×300, 4×200	6400
2	3800	2×400, 2×300, 4×175	5900
3	3300	2×400, 2×300, 4×175	5400
4	2900	1×400, 3×300, 4×150	4800
5	2500	2×300, 3×200, 3×100	4000

Zu B: Der bewegliche Gehaltszuschlag beträgt zur Zeit jährlich für Unverheiratete, Verwitwete, Geschiedene ohne unterhaltsberechtigte Angehörige in Klasse 1 bis 5 1000 ℳ, für Verheiratete ohne Kinder unter 18 Jahren oder für sonstige Angestellte, die für unterhaltsberechtigte Angehörige zu sorgen haben, und für Verwitwete oder Geschiedene mit eigenem Hausstand in Klasse 1 bis 5 1400 ℳ.

Zu C: Bezüglich der Ortszuschläge werden auf Grund des Besoldungsgesetzes für Reichsbeamte und der gemäß § 30 Abs. 2 daselbst erlassenen Ausführungsbestimmungen vier Ortsgruppen (a bis d) gebildet.

Als Ortszuschläge werden gewährt:

in Gruppe a	— v. H.
in Gruppe b	15 v. H.
in Gruppe c	25 v. H.
in Gruppe d	30 v. H.

zu obigen Bezügen unter A und B.

Zu D: Als Kinderzulage werden für jedes erwerbslose Kind unter 18 Jahren jährlich 360 ℳ gewährt.

V. Das Gehalt soll in der Regel den Angestellten monatlich im voraus gezahlt werden.

VI. Die unter Nr. IV festgesetzten Bezüge werden für weibliche Angestellte um 10 v. H. ermäßigt.

VII. Die Gebührnisse der nicht ständig Angestellten sind so zu regeln, daß sie nicht erheblich hinter denen der ständig Angestellten von gleichem Dienstalter und gleicher Dienstleistung zurückbleiben.

Die Besoldung der zur Ausbildung Angenommenen bleibt freier Vereinbarung vorbehalten.

In beiden Fällen erfolgt die Regelung unter Hinzuziehung der Angestelltenvertretung (Angestelltenausschuß, Obmann).

Nicht ständig Angestellte, die vor Vollendung des 45. Lebensjahres in den Dienst der Berufsgenossenschaft eingetreten sind, sind nach einer Dienstzeit von spätestens zwei Jahren, jedoch nicht vor Vollendung des 21. Lebensjahres, ständig anzustellen.

VIII. Ständig Angestellte gelten nach einer anrechnungsfähigen Dienstzeit von zehn Jahren, jedoch frühestens von Vollendung des 31. Lebensjahres an, als ruhegehaltsberechtigt und lebenslänglich angestellt.

Die pensionsfähige Dienstzeit beginnt mit der ständigen Anstellung. Die bei anderen berufsgenossenschaftlichen Verwaltungen zurückgelegte pensionsfähige Dienstzeit ist hierbei anzurechnen. In gleicher Weise ist eine Anrechnung der in einem ähnlichen Berufe oder im Reichs-, Staats- oder Kommunaldienst zurückgelegten Dienstzeit ganz oder teilweise möglich. Ist die Dienstunfähigkeit die Folge einer Krankheit, Verwundung oder sonstigen Beschädigung, die der Angestellte bei Ausübung des Dienstes oder aus dessen Veranlassung ohne eigenes Verschulden sich zugezogen hat, so tritt die Berechtigung zum Bezug eines Ruhegehalts auch bei kürzerer als einer zehnjährigen pensionsfähigen Dienstzeit ein.

Sollte ein Angestellter einen Anspruch auf Anrechnung von Dienstjahren, die vor Vollendung des 21. Lebensjahres liegen, bereits besitzen, so soll ihm dieser Anspruch erhalten bleiben, wenn der Angestellte bei der Berufsgenossenschaft verblieben ist, bei der er diese Dienstjahre zurückgelegt hat.

Bei der ständigen Anstellung ist der Beginn der pensionsfähigen Dienstzeit dem Angestellten schriftlich bekanntzugeben.

IX. Die Kündigungsfrist beträgt für ständig, aber noch nicht lebenslänglich Angestellte drei Monate zum Schluß eines Kalendervierteljahres, für nicht ständig Angestellte einen Monat zum Monatsschluß.

X. Die normale Arbeitszeit beträgt wöchentlich 45 reine Arbeitsstunden; wenn sie ungeteilt ist, 42 reine Arbeitsstunden. Soweit in einzelnen Berufsgenossenschaften eine 48- bzw. 45stündige Arbeitszeit besteht, kann dieselbe beibehalten werden.

XI. Urlaub wird in folgender Höhe gewährt:

Angestellten unter 21 Jahren 9 Werktage,

Angestellten mit einer nach Vollendung des 21. Lebensjahres zurückgelegten Dienstzeit von weniger als 4 Dienstjahren 12 Werktage,

Angestellten mit einer nach Vollendung des 21. Lebensjahres zurückgelegten Dienstzeit von mehr als 4 und weniger als 15 Dienstjahren 18 Werktage,

Angestellten mit einer nach Vollendung des 21. Lebensjahres zurückgelegten Dienstzeit von mehr als 15 Dienstjahren 24 Werktage.

Abweichend von vorstehender Regelung können die Vorstände Angestellten, die das 30. Lebensjahr vollendet haben, 18 Werktage, und denjenigen, die das 45. Lebensjahr vollendet haben, 24 Werktage Urlaub gewähren. Als Stichtag für die Berechnung der Dienst- und Lebenszeit gilt der 1. April.

XII. Bestehen in einzelnen Fällen günstigere Gehalts-, Pensions- oder Arbeitsbedingungen, als in diesem Vertrage vorgesehen sind, so bleiben diese aufrechterhalten; Wohnungsgelder gelten stets als Bestandteil des Gehalts. Eine Kürzung der Teuerungs-

zulagen oder sonstigen Zuwendungen bis auf die Sätze dieses Übereinkommens kann eintreten, soweit das bisherige Gesamteinkommen dadurch nicht geschmälert wird.

Sind die sonach zu zahlenden Gesamtbezüge in einzelnen Fällen höher als die vertragsmäßigen Sätze unter Nr. IV, so kann vom 1. April 1920 ab von den betreffenden Berufsgenossenschaften eine Prüfung verlangt werden, ob und inwieweit es berechtigt ist, die Bezüge bis auf die Höhe der Gesamtsätze nach Nr. IV dieses Übereinkommens herabzusetzen.

XIII. Für die Gewährung und Bemessung des Ruhegehalts und der Hinterbliebenenbezüge sind neben Nr. VIII dieses Übereinkommens die Bestimmungen des Reichsbeamten- und des Reichsbeamtenhinterbliebenengesetzes entsprechend anzuwenden. Dabei sind für die Berechnung die Bezüge nach Nr. IV A und B, sowie ⅔ der Ortszuschläge unter Nr. IV C nach dem jeweiligen Wohnsitz des Ruhegehaltsempfängers in Ansatz zu bringen.

Bei einer Änderung der im Einzelfall in Betracht kommenden Sätze unter Nr. IV B und C sind auch die Ruhegehälter und Hinterbliebenenbezüge entsprechend abzuändern.

XIV. Die dem Arbeitgeberverband deutscher Berufsgenossenschaften angehörenden Vorstände verpflichten sich, dafür einzutreten, daß widersprechende Bestimmungen der in ihren Berufsgenossenschaften geltenden Dienstordnungen mit dem Inhalt dieses Übereinkommens in Einklang gebracht werden.

XV. Zur Entscheidung etwaiger Streitfragen über die Auslegung und Anwendung der in diesem Übereinkommen getroffenen Bestimmungen wird für die einzelnen örtlichen Gebiete — regelmäßig für das Gebiet eines oberen Verwaltungsbezirks (z. B. Provinz in Preußen, Regierungsbezirk in Bayern) — ein ständiger Schlichtungsausschuß berufen, der in der Besetzung von je zwei Vertretern aus Vorstands- und Angestelltenkreisen und einem Vorsitzenden entscheidet.

Als Schiedsgericht zweiter Instanz wird in Berlin ein ständiges Oberschiedsgericht (Schiedsgericht im Sinne des zehnten Buches der Reichs-Zivilprozeßordnung) gebildet, das auf Einspruch gegen die Entscheidungen der Schlichtungsausschüsse endgültig befindet. Dieses entscheidet in der Besetzung von je drei Vertretern von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite und einem Vorsitzenden.

Die Arbeitgeber-Beisitzer des Oberschiedsgerichts und der Schlichtungsausschüsse werden vom Vorstand des Arbeitgeberverbandes — diejenigen der Schlichtungsausschüsse nach Anhörung der beteiligten Verbandsmitglieder —, die Arbeitnehmer-Beisitzer des Oberschiedsgerichts und der Schlichtungsausschüsse von den Arbeitnehmer-Verbänden benannt.

Die Vorsitzenden werden von den Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern mit Stimmenmehrheit gewählt. Ist eine Stimmenmehrheit für eine Persönlichkeit nicht zu erzielen, so ist das Reichsversicherungsamt um Benennung des Vorsitzenden zu ersuchen.

Der Schlichtungsausschuß kann nur innerhalb eines Monats, nachdem dem Beschwerdeführer der Beschwerdegrund bekannt geworden ist, angerufen werden. Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses wird rechtskräftig, wenn sie nicht innerhalb eines Monats nach Eröffnung durch Anrufung des Oberschiedsgerichts angefochten wird.

XVI. Dieses Übereinkommen gilt auf unbestimmte Zeit; hinsichtlich der Gehaltssätze mit rückwirkender Kraft vom 1. April 1919 ab. Es kann von jedem der beteiligten Verbände mit dreimonatiger Frist, frühestens jedoch zum 1. Januar 1921 gekündigt werden. Kündigen nicht alle beteiligten Arbeitnehmerverbände zum gleichen Zeitpunkt, so bleibt das Übereinkommen mit den übrigen in Wirksamkeit.

Nach dem 1. April 1919 gewährte einmalige außerordentliche Zulagen (Wirtschaftsbeihilfen, Entschuldungssummen oder ähnliche einmalige Beträge) werden auf etwaige nach Abs. I Satz 1 für die Zeit bis zum Abschluß dieses Vertrages nachzuzahlende Beträge in Anrechnung gebracht.

XVII. Dieses Übereinkommen findet keine Anwendung auf die Geschäftsführer und die technischen Aufsichtsbeamten.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Zur Ausübung des Wahlrechts zwischen Familienwochenhilfe und Wochenhilfe aus eigener Versicherung.

1. Nach Cleve. Antwort: Im Heft 31 von 1919 S. 618 Ziff. 3a haben wir im Anschluß an Hahn (Handb. der KrVers. Anm. 2c zu § 205 RVO.) ausgeführt, daß ein freiwillig versichertes Familienmitglied die Leistungen der Kranken- oder Wochenhilfe nach seiner Wahl aus der eigenen Kasse oder nach § 205 RVO. (§ 10 Ges. v. 26. 9. 1919) aus der Kasse des versicherten Familienhauptes in Anspruch nehmen oder auch die etwaigen Mehrleistungen der einen Kasse zur Ergänzung der Leistungen aus der anderen Kasse heranziehen kann. Das müßte an sich entsprechend auch gelten in den Fällen, in denen die Wöchnerin freiwilliges Mitglied derselben Kasse ist, welcher das Familienhaupt angehört. Sie könnte dann, je nachdem es günstiger für sie ist, das Wochengeld auf Grund der eigenen Versicherung nach § 195a oder auf Grund der Versicherung des Familienhauptes nach § 205a fordern. Wir halten es aber für sehr bedenklich, wenn die Kasse beabsichtigt, „in allen in Betracht kommenden Fällen die Wöchnerinnen zu veranlassen, die Familienwochenhilfe in Anspruch zu nehmen", auch wenn sie auf Grund der eigenen Versicherung ein höheres Krankengeld erhalten würden. Ein solches Verfahren berücksichtigt nur das Interesse der Kasse, die allerdings die Familienwochenhilfeleistungen zur Hälfte

vom Reich erstattet erhält (§ 205d), nicht aber das Interesse der Wöchnerin, das doch für die Ausübung ihres Wahlrechts ausschließlich maßgebend sein muß. Die Kasse scheint zu meinen, daß dieses Interesse nicht verletzt sei, weil die Wöchnerin nach der oben erwähnten Ausführung nicht gehindert sei, die Leistungen auf Grund der eigenen Versicherung ergänzend heranzuziehen, also den Mehrbetrag an Wochengeld, der sich aus dieser Versicherung über das Familienwochengeld hinaus ergibt, als Ergänzung zu fordern. Das wäre ein Irrtum. Denn das Wochengeld ist — wie das Krankengeld (Hahn, Anm. 6d zu § 182) — eine grundsätzlich unteilbare Leistung. Würde also die Wöchnerin im ganzen das Wochengeld in Höhe des durch die eigene Versicherung begründeten Betrages beanspruchen, so würde das, auch wenn sie im übrigen erklärt, daß sie die Familienwochenhilfe beanspruche, in Wahrheit bedeuten, daß sie sich auf ihre eigene Versicherung beruft, und mit dieser Ausübung des Wahlrechts entfällt der Erstattungsanspruch der Kasse gegen das Reich aus § 205d. Zu vgl. auch unsere Auskunft in Heft 3 S. 58 Ziff. 8, wonach bei solchem Zusammentreffen der Regel nach anzunehmen ist, daß die Wochenhilfe auf Grund der eigenen Versicherung der Wöchnerin in Anspruch genommen und gewährt worden ist.

Zusammentreffen von Ansprüchen auf Wochenhilfe und Familienwochenhilfe. — Erstattungsanspruch aus § 197 RVO. gegen eine lothringische Kasse.

2. **Nach** B. **100.** Antwort: a) Wir können nicht erkennen, mit welcher unserer früheren Auskünfte die Auskunft in Heft 3 S. 58 Ziff. 8 im Widerspruch stehen soll. Ist beim Zusammentreffen der Voraussetzungen des § 195a und des § 205a RVO., entsprechend dieser Auskunft oder entsprechend dem ausdrücklich erhobenen Anspruche, Wochenhilfe auf Grund der eigenen Versicherung gewährt, so können als ersatzpflichtig auf Grund des § 197 RVO. nur solche Kassen in Anspruch genommen werden, denen die Wöchnerin im letzten Jahre angehört hatte. Ist die Wochenhilfe als Familienhilfe gewährt, so sind erstattungspflichtig nur die Kassen, denen das Familienhaupt im letzten Jahre angehört hatte. Daß bei solchem Zusammentreffen von Ansprüchen gegen dieselbe Kasse die Leistungen aus § 195a zur Ergänzung der Leistungen aus § 205a herangezogen werden könnten, ist ausgeschlossen. Hierüber verweisen wir auf die vorstehende Auskunft „nach Cleve". Daher kommt auch ein Zusammentreffen von Erstattungsansprüchen aus § 197 gegen Kassen, denen die Wöchnerin, und gegen Kassen, denen das Familienhaupt früher angehört hatte, nicht in Frage.

b) Der Erstattungsanspruch aus § 197 gegen die früher zum Deutschen Reich, jetzt zu Frankreich gehörigen Kassen besteht an sich fort. Er läßt sich aber einstweilen nicht verwirklichen, solange nicht das im Art. 77 Abs. 3 des Friedensvertrages vorgesehene Sonderabkommen zwischen den beiden Staaten abgeschlossen ist.

a) **Familienwochenhilfe setzt Mitgliedschaft des Familienhauptes zur Zeit der Niederkunft voraus.** b) **Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214 RVO.**

3. **Nach Schwerte.** Antwort: a) Wie die Gewährung der Wochenhilfe nach § 195a RVO. (abgesehen von der Schwangerschaftsbeihilfe und von dem Falle des § 214 RVO.) voraussetzt, daß die Wöchnerin zur Zeit der Niederkunft Mitglied der Kasse war, so setzt die Gewährung der Familienwochenhilfe nach § 205a voraus, daß der Ehemann (oder Vater usw.) der Wöchnerin bei der Niederkunft Mitglied der Kasse war. Nach Ihren Angaben ist aber der Ehemann bei der Niederkunft seiner Frau überhaupt nicht Mitglied einer Krankenkasse gewesen, sondern erst später Mitglied Ihrer Kasse geworden. Er hat also keinen Anspruch auf Wochenhilfe für seine Frau. Es kann nur möglicherweise Wochenfürsorge nach § 17 Ges. v. 26. 9. 1919 in Frage kommen. Bei dieser aber ist § 197 RVO. nicht anwendbar.

b) Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214 RVO. ist der Mangel einer Beschäftigung gegen Entgelt (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1919 S. 301 ff.). Von einer solchen Beschäftigung kann nicht die Rede sein, wenn die Frau nur die Führung des Haushalts für sich und ihren aus dem Felde zurückgekehrten Mann übernommen hat. Sie ist also mangels einer anderen Beschäftigung erwerbslos.

Häusliche Gemeinschaft zwischen Eheleuten als Voraussetzung der Familienwochenhilfe.

4. **Nach Hattingen.** Antwort: Die Eheschließung hat am 29. 8. 1919, die Niederkunft am 25. 11. 1919 stattgefunden. In dieser ganzen Zeit und noch einen Monat darüber hinaus hat eine häusliche Gemeinschaft zwischen den Eheleuten nicht bestanden, sondern die Wöchnerin hat nach ihrer Verheiratung wie vorher im Hause ihrer Eltern gelebt und hat erst am 5. 12. 1919 mit ihm eine gemeinsame Wohnung bezogen. Daß der Mann sie in der Zwischenzeit wiederholt besucht und ihr auch wiederholt Geld zur Bestreitung der Kosten ihres Unterhalts gegeben hat, ist ganz gleichgültig. Dadurch wurde eine häusliche Gemeinschaft, ein örtlicher Mittelpunkt für gemeinsame Lebens- und Wirtschaftsführung der Eheleute am Wohnorte des Ehemannes selbstverständlich nicht begründet, und es kann nicht davon die Rede sein, daß die für diesen Wohnort zuständige Kasse zur Leistung der Familienwochenhilfe nach § 205a RVO. verpflichtet sein sollte.

Von dem Beschlusse, Sachleistungen statt der baren Beihilfen zu gewähren (§ 195c RVO.), dürfen die zur Familienwochenhilfe berechtigten Wöchnerinnen nicht ausgenommen werden.

5. **Nach Merseburg.** Antwort: Die Kassenvorstände können nach § 195c RVO. (§ 2 Ges. v. 26. 9. 1919) beschließen, statt der baren Beihilfen aus § 195a Ziff. 1 und 3 die näher bezeichneten Sachleistungen zu gewähren. Ein solcher Beschluß kann nach § 195c Abs. 2 „nur allgemein für alle Wöchnerinnen gefaßt werden, denen die Kasse nach § 195a Wochenhilfe zu leisten hat". Zu diesen Wöchnerinnen gehören auch die versicherungsfreien Ehefrauen, Töchter usw. der Versicherten, die nach § 205a RVO. (§10 Ges. v. 26. 9. 1919) Anspruch auf Familienwochenhilfe haben. Wenn nun Abs. 2 des § 205a für diese die „entsprechende" Anwendung des § 195c vorschreibt, so könnte man meinen: das bedeute nur, daß auch für die Familienangehörigen nur durch einen „allgemeinen" Beschluß die Sachleistungen an die Stelle der baren Beihilfen gesetzt werden können, so daß der Vorstand nicht im

Einzelfalle befinden dürfe, ob der versicherungsfreien Wöchnerin Barleistung oder Sachleistung zu gewähren sei; dagegen sei der Vorstand nicht gehindert, allgemein die Sachleistungen nur für die versicherten Wöchnerinnen, nicht auch für die versicherungsfreien Angehörigen der Versicherten einzuführen. Wir meinen aber, daß ein solcher Beschluß dem Sinne des Gesetzes widersprechen würde. Die versicherungsfreien Wöchnerinnen erhalten unter den Voraussetzungen des § 205a Abs. 1 „die im § 195a bezeichneten Leistungen", nur mit gewissen Abweichungen hinsichtlich der Höhe des Wochen- und des Stillgeldes. Das Gesetz zielt also im übrigen auf völlige Gleichstellung dieser Wöchnerinnen mit den selbstversicherten Wöchnerinnen ab, und die im Abs. 2 des § 205a verordnete entsprechende Anwendung der dort bezeichneten Vorschriften, darunter der § 195c, dient gleichfalls nur der Verwirklichung jener Gleichstellung. Folglich dürfen von einem nach § 195c gefaßten Beschlusse des Kassenvorstandes die zur Familienwochenhilfe berechtigten Wöchnerinnen nicht ausgeschlossen werden.

Stillgeld bei späterem Beginn oder bei Unterbrechung des Stillens.

6. **Nach Eckernförde.** Antwort: Das Stillgeld ist nach § 195a Abs. 1 Ziff. 4 RVO. immer nur längstens bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft zu gewähren, also längstens für 85 Tage (§ 125 RVO.). Aber es ist für diese Zeit nur zu gewähren, „solange sie (die Wöchnerinnen) ihre Neugeborenen stillen", für volle 85 Tage also nur dann, wenn die Wöchnerin schon am Tage der Niederkunft mit dem Stillen beginnt und es bis zum Ablauf der zwölften Woche fortsetzt. Beginnt sie erst später, so verkürzt sich die Bezugszeit entsprechend, auch wenn die Wöchnerin über die zwölfte Woche hinaus stillt. Hat aber die Wöchnerin einmal mit dem Stillen begonnen, so wird man ihr keineswegs ohne weiteres das Stillgeld für einzelne Tage absprechen dürfen, an denen sie aus vorübergehenden Gründen das Stillen aussetzte, z. B. wegen einer Störung ihres körperlichen Zustandes oder der Nahrungsaufnahme durch das Kind. (Zu vgl. Krause, Kriegswochenhilfe, Anm. 4 zu § 3 der Bek. v. 3. 12. 1914.) Nur wenn nach den Umständen des Falles eine dauernde Einstellung des Stillens anzunehmen ist, ist auch die Gewährung des Stillgeldes einzustellen. Die Fälle werden mitunter zweifelhaft liegen. Eine nachsichtige Praxis ist in allen Fällen zu empfehlen, in denen mit einer nur kurzzeitigen Unterbrechung gerechnet werden kann. Ist gleichwohl die Gewährung des Stillgeldes eingestellt worden, so muß sie jedenfalls dann wieder einsetzen, wenn die Wöchnerin vor Ablauf der zwölften Woche das Stillen — ernstlich, nicht bloß zum Schein — wieder aufnimmt.

Wegfall der Beitragspflicht nach § 397 Abs. 1 RVO. bei Erledigung des Interesses an der Abmeldung?

7. **Nach Loebschütz.** Frage: Nach § 397 RVO. sind die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung durch den Arbeitgeber fortzuzahlen. Bei unserer Kasse ist es üblich, daß die Melde- und Zahlstellen am Jahresschluß aufgefordert werden, in den Gemeinden festzustellen, welche Mitglieder auch im künftigen Wirtschaftsjahre bei der Kasse versichert bleiben werden, und ein entsprechendes Verzeichnis dieser Mitglieder an uns einzureichen. Alle in diesem Verzeichnis nicht genannten Mitglieder müßten eigentlich durch den Arbeitgeber abgemeldet werden. Es kommt nun häufig vor, daß die Abmeldungen für solche Mitglieder überhaupt nicht oder erst auf nochmalige Aufforderung verspätet eingehen. Muß die Kasse die Beiträge nach § 397 nachfordern oder genügt als Abmeldung das Verzeichnis der Meldestelle, da doch nach der Entscheidung des RVA. vom 14. 8. 1915 (ArbVers. 1916 S. 58) die Kasse zur Beitragsnachforderung nur dann berechtigt ist, wenn noch ein öffentliches Interesse an der Abmeldung vorhanden ist?

Antwort: Es ist nicht ersichtlich, auf Grund welcher Unterlagen — wenn nicht auf Grund von ordnungsmäßigen Abmeldungen — die Melde- und Zahlstellen die Feststellung treffen, „welche Mitglieder auch im künftigen (!) Wirtschaftsjahre bei der Kasse versichert bleiben werden" (!). Die Entscheidung des RVA. darf nur dahin verstanden werden, daß das öffentliche Interesse an einer Abmeldung durch den Arbeitgeber und folglich seine Fortzahlungspflicht nach § 397 Abs. 1 RVO. sich erledigt, wenn die Kasse von der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses auf anderem Wege solche Kenntnis erlangt, die der Abmeldung durch den Arbeitgeber an Zuverlässigkeit gleichwertig ist (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 570, 571, 1917 S. 16, 1919 S. 575). Daß dies auf die Verzeichnisse der Melde- und Zahlstellen zutreffe, können wir aus Ihren Angaben nicht entnehmen.

Arbeitsfähigkeit als Voraussetzung der Erwerbslosenfürsorge.

8. **Nach Schriesheim.** Antwort: Nach § 6 der Bek. über Erwerbslosenfürsorge in der Fassung v. 16. 4. 1919 (ArbVers. 1919 Heft 23 S. 452) ist die Fürsorge nur „arbeitsfähigen und arbeitswilligen" Personen zu gewähren. Im vorliegenden Falle steht die Arbeits**fähigkeit** in Frage, da es sich um einen Mann handelt, der eine Militärrente von 50 v. H. bezieht, an Fallsucht leidet und auch geistig in erheblichem Maße beeinträchtigt erscheint, so daß ihn niemand beschäftigen will. Wenn hiernach anzunehmen wäre, daß der Mann vom Arbeitsmarkt durch seinen krankhaften Zustand schlechthin ausgeschlossen sei, so würde er als arbeitsunfähig anzusehen sein (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 6c zu § 182 RVO.). So aber scheint die Sache doch nicht zu liegen, da der Mann vom 8. 5. 1919 bis 13. 9. 1919 bei der Gemeinde mit Notstandsarbeiten beschäftigt war und täglich 8 bis 10 M. verdient hat. Wenn er seitdem erwerbslos ist und dies darauf zurückzuführen sein mag, daß ihn „niemand beschäftigen will", so hat dies nach den vorliegenden Umständen doch nicht die Bedeutung eines vollständigen Ausschlusses vom Arbeitsmarkt, sondern nur einer, allerdings in seiner Körper- und Geistesverfassung begründeten Beschränkung der Arbeits**gelegenheit**. Man wird daher die Arbeits**fähigkeit** nicht verneinen können. Deshalb halten wir die Voraussetzung für die Erwerbslosenfürsorge für gegeben und die Krankenkasse für verpflichtet, entsprechend der mit der Gemeinde getroffenen Vereinbarung (§ 12b der Bek. v. 16. 4. 1919) die Versicherung des Mannes zu übernehmen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1273 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 1. März 1920 | Heft 7

Streitfragen zum Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Wenngleich damit gerechnet werden kann, daß die von Müller in Heft 36 des Jahrgangs 1919 dieser Zeitschrift berührten Streitfragen durch eine sorgfältigere Fassung des in Aussicht gestellten Abänderungsgesetzes aus der Welt geschafft werden, so erscheint es doch zweckmäßig, nochmals auf die Angelegenheit zurückzukommen, da einzelne der fraglichen Streitpunkte eine über den Rahmen des vorliegenden Gesetzes hinausgehende Bedeutung haben. Außerdem wird sich voraussichtlich gelegentlich von Streitigkeiten, die inzwischen entstehen, die Notwendigkeit ergeben, zu den Fragen Stellung zu nehmen.

I. Einfluß des neuen Gesetzes auf die Regelleistungen der Krankenkassen.

Soweit festzustellen war, ist die Frage bisher weder in der Literatur erörtert noch Gegenstand einer gerichtlichen Entscheidung gewesen. Das ist nicht weiter auffällig, weil bisher noch niemals Anlaß zu einer solchen Untersuchung gegeben war. Die Gesetzgebung hat nämlich bei allen Änderungen der Krankenversicherung den Zeitpunkt für das Inkrafttreten so weit hinausgeschoben, daß den Krankenkassen hinreichend Zeit blieb, die Satzungen zu ändern, so daß im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes die Satzungen bereits die neue Fassung erhalten hatten. Die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 — verkündet am 16. April 1892 — ist erst am 1. Januar 1893 in Kraft getreten. Die Novelle vom 25. Mai 1903 — verkündet am 29. Mai 1903 — erst am 1. Januar 1904 und das zweite Buch der RVO. vom 19. Juli 1911 — verkündet am 1. August 1911 — erst am 1. Januar 1914. Diese Zwischenräume wurden aber vielleicht weniger aus dem Grunde für nötig gehalten, um vorzusorgen, daß die Satzungen den Umfang der Regelleistungen bestimmten, als zu dem Zwecke, um den Krankenkassen Zeit zu einer Änderung der Bestimmungen über die Beiträge zu lassen; denn nach der Grundregel jeder Versicherung müssen Einnahmen und Ausgaben in Wechselbeziehung stehen und sich ausgleichen. Es verstößt gegen diesen Grundsatz, wenn die Krankenkassen Leistungen gewähren müssen, deren Umfang ihnen noch nicht einmal bekannt ist, und wenn sie Monate hindurch zu Ausgaben verpflichtet sind, für die ihnen die Deckungsmittel fehlen.

Wenn ich in Heft 33 des Jahrgangs 1919 dieser Zeitschrift ausgeführt habe, daß nur die in der Satzung aufgeführten Leistungen gewährt werden dürften und müßten, so war dafür die Erwägung maßgebend, daß jedesmal, wenn die Leistungspflicht der Krankenkassen mit sofortiger Wirkung geändert worden ist, ausdrücklich vorgeschrieben worden ist, daß eine Änderung der Satzungen nicht erforderlich sei. Dabei habe ich u. a.

auf § 22 des Gesetzes vom 26. September 1919 verwiesen, wo sich eine solche Vorschrift hinsichtlich der Wochenfürsorge befindet. Demgegenüber weist Müller darauf hin, daß es sich hier wie bei § 6 der Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Wochenhilfe während des Krieges vom 3. Dezember 1914 nicht um Leistungen aus der Versicherung handle. Für den § 22 trifft dies allerdings zu, aber beim § 6 a. a. O. liegt die Sache doch anders; denn im § 8 a. a. O. sind die Pflichtleistungen der Krankenkassen auf dem Gebiete der Wochenhilfe erweitert worden. War also die Leistungspflicht der Krankenkassen nach Auffassung des Gesetzgebers mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der fraglichen Bekanntmachung wirksam geworden, so hätte es der Vorschrift in § 6 nicht bedurft. Auch der § 2 der Verordnung des Reichskanzlers über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 (RGBl. S. 171) wäre überflüssig gewesen, wenn die Leistungspflicht der Krankenkassen gegenüber den in Rede stehenden Beschäftigten schon durch das Gesetz begründet worden wäre. Hiernach kann nicht wohl in Zweifel gezogen werden, daß sich der Gesetzgeber selbst wiederholt auf den Standpunkt gestellt hat, daß Änderungen der Leistungspflicht der Krankenkassen nicht von selbst durch das Gesetz bewirkt werden. Immerhin darf die Erwartung ausgesprochen und dringend gewünscht werden, daß für die Zukunft die Notwendigkeit, nochmals in eine Prüfung der Streitfrage einzutreten, nicht mehr gegeben ist.

II. Irgendein plausibler Grund läßt sich für das Weiterbestehen der Bekanntmachungen des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914 und 23. April 1915 mit ihren Nachträgen nicht finden. Wenn aber davon ausgegangen wird, daß zu den Kriegsteilnehmern jetzt nur noch Kriegsgefangene und Grenzschutztruppen gehören, so wird ein Bedürfnis zur Gewährung der Kriegswochenhilfe an die Ehefrauen dieser Kriegsteilnehmer von vornherein zu verneinen sein, denn Kinder der Ehefrauen der Kriegsgefangenen können nur im Ehebruch erzeugt sein, während die Grenzschutztruppen gegenüber den früheren Kriegsteilnehmern erheblich besser besoldet sind, so daß sie zu den Minderbemittelten nicht gerechnet werden können und einer Hilfe aus öffentlichen Mitteln bei der Niederkunft ihrer Ehefrau nicht mehr bedürftig erscheinen. Soweit aber Ehefrauen von Kriegsteilnehmern minderbemittelt sind, ist das Gesetz vom 26. September 1919 für sie viel günstiger als die Bekanntmachung vom 23. April 1915. Aber selbst, wenn angenommen wird, daß diese beiden überflüssigen Bekanntmachungen noch weiter bestehen, so sind doch zweifellos die Vorschriften aufgehoben, die eine Abänderung der Vorschriften der RVO. über Wochenhilfe darstellen, weil sie mit dem neuen Gesetz in Widerspruch stehen. Oder sollen die Krankenkassen die Wahl haben, ob sie die im § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 vorgesehenen niedrigeren Leistungen der Wochenhilfe oder die entsprechenden höheren Leistungen des Gesetzes gewähren wollen? Hier besteht doch zweifellos ein Widerspruch, ebenso wie zwischen der Festsetzung des Betrages des Wochengeldes im § 195 a des Gesetzes und der durch Bekanntmachung vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085) zugelassenen Befugnis, das Wochengeld höher als das Krankengeld festzusetzen. Ist aber der § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 aufgehoben, so kann auch das Außerkrafttreten des eine Ergänzung dieses Paragraphen ausmachenden § 3 der Bekanntmachung vom 17. März 1918 (RGBl. S. 129), wonach die nach § 420 RVO. versicherten landwirtschaftlichen Arbeiterinnen Anspruch auf die Leistungen der Kriegswochenhilfe haben, nicht angezweifelt werden. Jedenfalls sollte es für die Zukunft wieder zur Regel gemacht werden, in den neuen Gesetzen diejenigen gesetzlichen Vorschriften, welche außer Kraft treten, ausdrücklich aufzuführen, damit nicht die Praxis vor Aufgaben gestellt wird, die sie überhaupt nicht oder nur nach Überwindung von Zweifelsfragen lösen kann.

III. Ich habe nicht im entferntesten daran gedacht, aus der Feststellung, daß die Ergänzung des § 1542 RVO. irrtümlich geschehen ist, die Folgerung zu ziehen, daß bei versicherten Wöchnerinnen ein Übergang des Anspruches gegen den außerehelichen Schwängerer auf die Krankenkassen nicht stattfindet. Selbstredend ist der Wortlaut des Gesetzes und nicht die irrtümliche Meinung eines Teils der Abgeordneten, daß der § 1542, da er in dem Abschnitt „Familienhilfe" steht, nur für Familienangehörige gelte, maßgebend. Nur die Fassung als solche habe ich bemängelt, denn die Schwangerschaft ist ein von der Niederkunft verschiedener Leistungsgrund, so daß die Einfügung des Wortes „Schwangerschaft" den nur bei der Niederkunft eintretenden Übergang des Anspruchs der Wöchnerinnen gegen den außerehelichen Schwängerer nicht trifft. Im übrigen ist über die Bedeutung des Wortes „Krankheit" schon reichlich gestritten worden, wobei vielfach die Meinung vertreten wird, daß das Wort möglichst weit ausgelegt werden müsse, so daß als Krankheit im Sinne des § 1542 RVO. jeder Versicherungsfall nach dem zweiten Buche anzusehen sei. Da aber der Begriff nicht bald so, bald anders ausgelegt werden kann, so würde die weitgehende Auslegung u. a. dazu führen, daß die Krankenkassen schwangeren Personen, die sich zur freiwilligen Mitgliedschaft melden, gemäß § 310 Abs. 3 RVO. den Beitritt verweigern können. Umfaßt aber der Begriff „Krankheit" auch die Niederkunft, so ist die durch das Gesetz vom 26. September 1919 herbeigeführte Vervollständigung des § 1542 überflüssig. Eine maßgebende Auslegung des Wortes „Krankheit" durch das Reichsversicherungsamt liegt noch nicht vor. Im übrigen mag hier nochmals darauf hingewiesen werden, daß die Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 28. März 1892 (Bd. 23 S. 297), in der zuerst das Wort „Krankheit" so weitgehend ausgelegt worden ist, zu einer Zeit ergangen ist, als das Krankenversicherungsgesetz die Wöchnerinnenunterstützung noch als Krankenunterstützung bezeichnete. Die Ergänzung des § 1542 bleibt immerhin im höchsten Maße auffallend gegenüber der Tatsache, daß der Schutz der unehelichen Mutter und der unehelichen Kinder einen wichtigen Bestandteil der von allen Parteien einmütig geförderten „Bevölkerungspolitik" bildet und daß der im § 1542 RVO. festgelegte Übergang des Ersatzanspruchs der unehelichen Mutter gegenüber dem Schwängerer diesen Bestrebungen geradezu zuwiderläuft. Denn darüber kann ein Zweifel wohl nicht bestehen, daß damit die uneheliche Mutter schlechter behandelt wird als die eheliche Mutter. Während die eheliche Mutter Anspruch auf Unterhalt usw. bei der Niederkunft gegen den Ehegatten hat, ist der unehelichen Mutter ein im wesentlichen gleicher Anspruch gegen den Vater des Kindes eingeräumt. Obwohl beide Wöchnerinnen für ihre Versicherung Beiträge gezahlt haben, erhält die uneheliche Mutter weniger.

IV. Die Beibehaltung des Wortes „versicherungsfrei" bedeutet im Hinblick auf die in der Literatur hervorgetretene verschiedene Auslegung allerdings einen Mangel, der nicht wohl gerechtfertigt werden kann. Der aus dem Wortlaut sich ergebenden Folge, daß nichtversicherungspflichtige Ehefrauen, Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, die sich freiwillig versichert haben, einen Anspruch sowohl auf die Leistungen für Kassenmitglieder als auch auf die Leistungen im Rahmen der Familienhilfe haben, ist namentlich von Hahn die Auffassung entgegengesetzt, daß ein freiwillig versichertes Familienmitglied nach seiner Wahl die Leistungen aus der eigenen Versicherung oder aus der Versicherung des Familienhauptes in Anspruch nehmen könne und daß die Leistungen der einen Kasse zur Ergänzung der Leistungen der anderen Kasse herangezogen werden könnten, weil der Gesetzgeber, wie sich aus den Vorschriften des Gesetzes über den gesetzlichen Übergang des Ersatzanspruches der unehelichen Mutter gegen den Schwängerer auf die Krankenkassen oder das Reich ergebe,

Doppelleistungen bei Wöchnerinnen möglichst habe vermeiden wollen. Diese Absicht des Gesetzgebers kann selbstredend nicht in Frage gestellt werden, trotzdem darf auf sie keine Rücksicht genommen werden, weil sie im Gesetz nicht zum Ausdruck gekommen ist. Auf diesen Standpunkt hat sich auch das Reichsversicherungsamt gelegentlich der Durchführung der Bekanntmachung des Reichskanzlers, betr. Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914, gestellt. Hier war gleichfalls die Frage aufgetaucht, ob die Krankenkassen neben dem im § 3 Nr. 1 a. a. O. vorgesehenen Entbindungsbeitrag einen etwa auf Grund des § 205 RVO. satzungsmäßig eingeführten Entbindungsbeitrag zu gewähren hätten. Die Frage wurde vom Reichsversicherungsamt in der grundsätzlichen Entscheidung vom 17. September 1917 (Amtl. Nachr. S. 605) mit folgender Begründung bejaht:

„Die Entscheidung in der Sache hängt davon ab, ob die Ansprüche aus § 205 Nr. 2 RVO. und aus § 3 Nr. 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nebeneinander bestehen können oder ob und wieweit der eine durch den andern oder durch dessen Erfüllung ausgeschlossen wird. Es sei dahingestellt, wieweit die §§ 5 und 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 den Willen des Gesetzgebers, Doppelleistungen zu vermeiden, zum Ausdruck bringen. Die Leistung des § 205 Nr. 2 RVO. ist jedenfalls in diesen Bestimmungen nicht erwähnt und nicht enthalten. In dem in der Zeitschrift „Die Krankenversicherung" 1915 S. 9 erwähnten Bescheide, den das Reichsamt des Innern auf eine Anfrage des Gesamtverbandes Deutscher Krankenkassen über das Verhältnis des § 205 Nr. 2 RVO. zu der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 im Hinblick auf die Frage der Doppelleistung erteilt hat, ist allerdings gesagt, Doppelleistungen seien nicht beabsichtigt; wenn der Wortlaut der Verordnung dies nicht ausdrücklich ausspreche, so gehe es doch aus dem Zusammenhange, namentlich aus dem § 5 und dem § 8, hinreichend hervor. Dem vermochte sich jedoch das Reichsversicherungsamt nicht anzuschließen, soweit § 205 Nr. 2 RVO. in Betracht kommt. Für den im Bescheide des Reichsamts des Innern gezogenen Schluß fehlt es insoweit an einer ausreichenden Grundlage (zu vgl. Hoffmann „Die Kriegswochenhilfe" in der Zeitschrift „Die Krankenversicherung" 1914 S. 186 Nr. 2). Überdies kann man hier, wenigstens vom rechtlichen Gesichtspunkt aus, überhaupt nicht von Doppelleistungen sprechen, denn die Leistung aus § 205 Nr. 2 RVO. erfolgt auf Grund der Versicherung des Ehemannes und in Erfüllung eines Anspruchs des versicherten Ehemannes, die Leistung der Kriegswochenhilfe aber aus einer im Anschluß an die Reichsversicherung geregelten Fürsorge für die Ehefrau des Kriegsteilnehmers in Erfüllung eines Anspruchs dieser Person."

Von Doppelleistungen kann auch in den Fällen der vorliegenden Art nicht gesprochen werden, da für jede Leistung besondere Beiträge gezahlt werden (nämlich Beiträge durch das Familienhaupt für die Familienhilfe und Beiträge des Familienmitgliedes für seine eigene Versicherung), und weil für jede Leistung ein besonderer Leistungsgrund besteht.

Hiernach kann es keinem Zweifel unterliegen, daß das Reichsversicherungsamt auch für den § 205 c RVO. die Verpflichtung der Kassen, sowohl die Wochenhilfe für die Familienangehörigen als auch die Wochenhilfe für Kassenmitglieder an die versicherungsfreien Ehefrauen, Töchter, Stief- oder Pflegetöchter, die sich freiwillig versichert haben, zu zahlen, annehmen wird. Die gleiche Rechtslage ergibt sich, wenn beide Eltern versichert sind. Sind dann ihre Töchter obendrein freiwillige Kassenmitglieder, so besteht sogar ein dreifacher Anspruch auf Wochenhilfe.

Entwurf eines Gesetzes, betr. die Leistungen und Beiträge der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Mit Erläuterungen

vom Geh. Oberregierungsrat Düttmann in Oldenburg (Freistaat).

Art. 1. Der Betrag der am 1. April 1920 laufenden Renten wird mit Wirkung von diesem Tage ab auf das Doppelte erhöht.

Art. 2. Die §§ 1245, 1285, 1288 Abs. 2, 1289, 1293 Abs. 1, 1296, 1311, 1316, 1392 RVO. erhalten folgende Fassung:

§ 1245. Nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes werden für die Versicherten folgende Lohnklassen gebildet:

Klasse II bis zu 550 ℳ,
Klasse III von mehr als 550 ℳ bis zu 850 ℳ,
Klasse IV von mehr als 850 ℳ bis zu 1150 ℳ,
Klasse V von mehr als 1150 ℳ bis zu 2000 ℳ,
Klasse VI von mehr als 2000 ℳ bis zu 3000 ℳ,
Klasse VII von mehr als 3000 ℳ bis zu 4000 ℳ,
Klasse VIII von mehr als 4000 ℳ.

§ 1285. Der Reichszuschuß beträgt jährlich 100 ℳ für jede Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrente und 50 ℳ für jede Waisenrente, einmalig 50 ℳ für jedes Witwengeld und 16⅔ ℳ für jede Waisenaussteuer.

§ 1288 Abs. 2. Bei der Berechnung des Grundbetrages der Invalidenrente werden für jede Beitragswoche angesetzt:

in der Lohnklasse I 24 Pf.,
in der Lohnklasse II 28 Pf.,
in der Lohnklasse III 32 Pf.,
in der Lohnklasse IV 36 Pf.,
in der Lohnklasse V 40 Pf.,
in der Lohnklasse VI 50 Pf.,
in der Lohnklasse VII 65 Pf.,
in der Lohnklasse VIII 90 Pf.

§ 1289. Der Steigerungssatz der Invalidenrente beträgt für jede Beitragswoche:

in der Lohnklasse I 6 Pf.,
in der Lohnklasse II 12 Pf.,
in der Lohnklasse III 16 Pf.,
in der Lohnklasse IV 20 Pf.,
in der Lohnklasse V 24 Pf.,
in der Lohnklasse VI 30 Pf.,
in der Lohnklasse VII 40 Pf.,
in der Lohnklasse VIII 55 Pf.

§ 1293 Abs. 1. Der Anteil der Versicherungsanstalt an den Altersrenten beträgt:

in der Lohnklasse I 120 ℳ,
in der Lohnklasse II 180 ℳ,
in der Lohnklasse III 240 ℳ,
in der Lohnklasse IV 300 ℳ,
in der Lohnklasse V 360 ℳ,
in der Lohnklasse VI 420 ℳ,
in der Lohnklasse VII 480 ℳ,
in der Lohnklasse VIII 540 ℳ.

§ 1296. Als Witwengeld wird der sechsfache Monatsbetrag der erhöhten Witwenrente, als Waisenaussteuer der vierfache Monatsbetrag der erhöhten Waisenrente gewährt.

§ 1311. Die Rente ruht neben einer reichsgesetzlichen Unfallrente, soweit beide zusammen übersteigen würden:

1. bei Invaliden- und Altersrenten den vierfachen Grundbetrag der erhöhten Invalidenrente,
2. bei Witwen- und Witwerrenten den doppelten, bei Waisenrenten den anderhalbfachen Grundbetrag der erhöhten Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte.

§ 1316. Mit dem anderthalbfachen oder, sofern es sich um eine Waisenrente handelt, mit dem einfachen Betrage seiner erhöhten Jahresrente ist abzufinden der berechtigte Ausländer im Falle des § 1313 Nr. 1.

§ 1392. Bis auf weiteres wird als Wochenbeitrag erhoben:

in Lohnklasse II 60 Pf.,
in Lohnklasse III 90 Pf.,
in Lohnklasse IV 120 Pf.,
in Lohnklasse V 160 Pf.,
in Lohnklasse VI 240 Pf.,
in Lohnklasse VII 320 Pf.,
in Lohnklasse VIII 420 Pf.

Art. 3. Die §§ 10 bis 12 der Bekanntmachung über die Gewährung von Zulagen an Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente vom 3. Januar 1918, die §§ 9 bis 11 der Verordnung über die Gewährung von Zulagen an Empfänger einer Altersrente aus der Invalidenversicherung vom 14. Dezember 1918 werden aufgehoben und der Hinweis auf diese Vorschriften im § 2 der Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Invalidenversicherung vom 21. August 1919 gestrichen. Die auf Grund dieser Bestimmungen von den Versicherungsanstalten bereits erstatteten Beträge werden ihnen bei der Rentenverteilung für 1919 wieder gutgeschrieben.

Art. 4. Die Weiterzahlung von Zulagen zu den erhöhten Renten ohne Belastung der Versicherungsanstalten und die Verteilung der Beitragseinnahmen auf Gemeinvermögen und Sondervermögen (§§ 1397, 1398 RVO.) ist durch Verordnung zu regeln.

Art. 5. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Tag, bis zu welchem die auf Grund der §§ 1360 bis 1380 RVO. zugelassenen Sonderanstalten die erforderlichen Änderungen ihrer Satzung zu beschließen haben. Dieser Tag ist so zu bestimmen, daß die Satzung am 1. April 1920 gültig werden kann.

Kommt eine Sonderanstalt der Anordnung nicht rechtzeitig nach, so ändert die Aufsichtsbehörde die Satzung.

Art. 6. Für die Zeit nach dem 1. April 1920 dürfen Marken der Lohnklasse I nicht mehr verwendet werden und Marken der Lohnklassen II bis V nur noch in den im § 1392 RVO. in der Fassung des Artikels 2 dieses Gesetzes vorgeschriebenen Werten.

Ungültig gewordene Marken können binnen zwei Jahren nach Ablauf ihrer Gültigkeitsdauer bei den Markenverkaufsstellen gegen gültige Marken in gleichem Geldwert umgetauscht werden.

Art. 7. Im übrigen treten die Vorschriften dieses Gesetzes am 1. April 1920 in Kraft.

Ansprüche, über die das Feststellungsverfahren am 1. April 1920 schwebt, unterliegen den Vorschriften dieses Gesetzes. Ihre Nichtanwendung bildet auch dann einen Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte.

Soweit gemäß dem Artikel 2 berechnete Renten für Zeiträume gewährt werden, die vor dem 1. April 1920 liegen, werden Rentenzulagen nur gemäß der

auf Grund des Artikels 4 erlassenen Verordnung gezahlt.

Erläuterungen.

Der vorstehende Entwurf eines Notgesetzes ist vor einigen Wochen vom Ständigen Ausschuß des Verbandes deutscher Landesversicherungsanstalten dem Reichsarbeitsministerium vorgelegt mit einer ausführlichen allgemeinen und auf die einzelnen Vorschriften eingehenden Begründung und mit dem Antrage, der Nationalversammlung bei ihrem nächsten Zusammentritt eine entsprechende Vorlage zu machen. Was der Entwurf vorschlägt, ist, kurz zusammengefaßt, eine Verdoppelung der laufenden wie der künftig festzusetzenden Renten mit Einschluß der Waisenrenten unter Wegfall der gegenwärtigen Rentenzulagen, Verdoppelung des Reichszuschusses, Beseitigung der Lohnklasse I und Aufbau von drei Lohnklassen für Versicherte mit einem Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2000 *M*, und endlich Befreiung der Versicherungsanstalten von der Tragung der Teuerungszulagen sowohl für die Vergangenheit als für die Zukunft.

Nach der Begründung ist von der Aufnahme weiterer, zum Teil mehr oder minder dringlicher Punkte abgesehen, damit die Verabschiedung des Notgesetzes, das schon längst hätte erlassen werden sollen, nicht noch weiter hinausgeschoben wird.

Die Frage, wie die Notlage, in der sich die Invalidenversicherung gegenwärtig befindet, beseitigt werden soll, ist im Heft 3 der ArbVers. 1920 S. 41, 46 bereits von Kleeis und Seelmann erörtert. Ersterer meint, es sei müßig, darauf zurückzukommen, daß die Rentenzulagen unter empfindlicher Schädigung der Interessen der Versicherten entgegen der im März 1917 erfolgten Verständigung zwischen Reichstag und Reichsregierung doch den Versicherungsanstalten aufgebürdet seien, denn dem Reiche sei es bei der gegenwärtigen ungünstigen Finanzlage einfach unmöglich, auch noch diese Lasten zu übernehmen. Seelmann bezeichnet die Inanspruchnahme des Reiches für diesen Zweck als gefährlich, nicht gerecht, unzweckmäßig und auch nicht nötig. So wollen denn beide die erhöhten Leistungen ausschließlich durch höhere Beiträge gedeckt wissen, und Kleeis spricht sich gleichzeitig für den Aufbau höherer Lohnklassen und gegen die Erhöhung der Versicherungsgrenze für die Angestellten aus, beides entsprechend den Vorschlägen des Gesetzentwurfs.

Anscheinend haben beide Schriftsteller den Umfang, in dem eine Beitragserhöhung erforderlich ist, ganz erheblich unterschätzt. Kleeis spricht davon, daß „rund mit einer Verdoppelung der gegenwärtigen Beiträge mindestens zu rechnen ist", rechnet also augenscheinlich nicht mit einer sehr viel höheren Steigerung. Nun würde aber eine Erhöhung der Renten um den Betrag der gegenwärtigen Rentenzulagen nach den Angaben, die in der Kasseler Versammlung der Landesversicherungsanstalten von zuständiger Seite gemacht sind, eine Erhöhung des Wochenbeitrages in allen Lohnklassen um 130 Pf. erfordern, also 148 Pf. in Lohnklasse I und in den höheren Lohnklassen um je 8 Pf. weitersteigend bis auf 180 Pf. in der Lohnklasse V. Das bedeutet in der Lohnklasse I rund das 8fache, in den übrigen das 6-, 5-, 4- und 3,5fache des bisherigen Beitrages. Die Angehörigen der unteren Lohnklassen würden Beiträge in dieser Höhe überhaupt nicht zahlen können und die der höchsten würden sie vermutlich nicht zahlen wollen, noch weniger aber erhöhte Sätze zur Entlastung der unteren Lohnklassen, wenn sie hören, daß sie sich und ihren Hinterbliebenen damit immer noch völlig unzureichende Renten sichern. Denn in der Großstadt und in anderen teuren Gegenden bedeutet die um den Betrag von 240 M. erhöhte Rente des hochgelohnten Arbeiters immer noch herzlich wenig.

Der Gesetzentwurf fordert in den vorgeschlagenen Beitragssätzen in der demnächstigen niedrigsten Lohnklasse II das 2,3fache und in den weiteren Lohnklassen, das 2,6-, 2,9- und 3,2fache des gegenwärtigen Beitrages, so daß zwischen 6,2 % (in Lohnklasse II) und 5,5 % (in Lohnklasse V) des Jahresarbeitsverdienstes in Anspruch genommen werden gegenüber gegenwärtig 2,7 % in Lohnklasse II und 1,7 % in Lohnklasse V. Diese das Doppelte doch bereits recht erheblich übersteigenden Sätze können aber nur dann als zur Not ausreichend angesehen werden, wenn der Reichszuschuß verdoppelt und auf die Belastung der Versicherungsanstalten mit Teuerungszulagen sowohl für die Vergangenheit als für die Zukunft verzichtet, ferner den Versicherten der neu aufzubauenden höheren Lohnklassen ein recht ansehnlicher Zuschlag zugunsten der unteren Lohnklassen zugemutet und endlich von der vollen Kapitaldeckung einstweilen Abstand genommen wird.

Wenn nämlich eine Verdoppelung aller Rentenbezüge eingeführt wird, so ergibt sich infolge der bisherigen viel zu niedrigen Beitragsleistung ein Fehlbetrag von nicht weniger als 8852,5 Millionen *M*, von dem nur rund ein Viertel durch das gegenwärtige Vermögen der Versicherungsanstalten gedeckt wird, ein zweites Viertel vielleicht als durch den Verlust von Anwartschaften erspart gelten darf, eine ebenso unsichere wie im Ergebnis unbefriedigende Annahme, während für die zweite Hälfte eigentlich unter allen Umständen eine Deckung durch Beitragserhöhung verlangt werden müßte. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Sätze bringen aber diese Deckung nur zu einem Teile. Während bei Freilassung der Lohnklassen II und III in abgerundeten Beträgen erforderlich sind in Lohnklasse IV: 33 Pf., V: 47 Pf., VI: 71 Pf., VII: 108 Pf., VIII: 167 Pf., sind in Lohnklasse IV: 0,00 Pf., V: 13 Pf., VI: 57 Pf., VII: 82 Pf., VIII: 97 Pf. zur Deckung des Fehlbetrages in den Wochenbeiträgen des Entwurfs enthalten. Auch diese in so weitem Umfange ermäßigten Beitragssätze sind bereits von Versichertenvertretern als zu hoch bezeichnet worden.

Der Ständige Ausschuß hat zwar geglaubt, Beiträge in der im § 1392 bezeichneten Höhe als erträglich vorschlagen zu dürfen. Aber er hält es nicht für vereinbar mit der Aufgabe der Versicherungsanstalten, die Interessen ihrer Versicherten und deren Arbeitgeber wahrzunehmen, wenn wegen der ungünstigen Finanzlage des Reichs auf dessen Heranziehung zu den Kosten verzichtet wird, die dadurch erwachsen, daß Rentenberechtigten Ansprüche verliehen werden, auf die sie nicht durch die Beitragsleistung ein Recht erworben haben. Solange das Reich noch andere, denen es Vermögenswerte wegnimmt, entschädigt, können die Versicherten, denen die Deckung für die Rentenansprüche genommen wird, und deren Arbeitgeber mit Recht erwarten, nicht schlechter behandelt zu werden. Wenn man einen Vergleich sucht, ist nicht der Zuschuß des Reichs zu den Kosten der neuen Wochenhilfe dazu geeignet, sondern man könnte etwa fragen, ob denn beabsichtigt sei, der geplanten Arbeitslosenversicherung die bis zu ihrer Einführung erwachsenen Kosten der Erwerbslosenfürsorge zur Last zu legen, weil das Reich sie nicht tragen könne.

Als es bei der Einführung der Invalidenversicherung für angezeigt erachtet wurde, durch die Übergangsbestimmungen in weitem Umfange Rentenansprüche zu schaffen, die nicht durch eine entsprechende Beitragsleistung begründet waren, entschädigte man die neue Einrichtung durch die Zahlung des Reichszuschusses. Wenn jetzt dazu übergegangen

ist, die Bezüge der Rentenempfänger durch die Gewährung der Zulagen auf mehr als das Doppelte zu erhöhen, so geschieht das doch nicht im Interesse der Versicherten und ihrer Arbeitgeber, so daß von ihnen mit Recht die Tragung der gesamten Kosten verlangt werden darf, sondern im Interesse der Allgemeinheit, die auch im Steuerwege zur Tragung der Kosten herangezogen werden muß.

Gewiß hat das Reich allen Grund, zu sparen. Aber unberechtigtes Abwälzen einer Schuld kann doch nicht als „Sparen" bezeichnet werden. Die Rentenzulagen sind überdies ja vom Reich gezahlt oder werden im Laufe dieses Jahres von ihm gezahlt werden, und es handelt sich nur darum, ob das jährlich zu erstattende Zehntel die Reichsfinanzen in Ordnung bringen könnte, was wohl niemand im Ernst behaupten wird.

Auch die Erhöhung des Reichszuschusses, die einen jährlichen Mehraufwand von 95 bis 100 Millionen *M* erfordern wird, spielt für das Reich nicht eine so ausschlaggebende Rolle, daß der berechtigte Anspruch der Versicherten auf die Leistung wenigstens dieses Beitrages zu den ihnen aufgebürdeten Kosten fallen gelassen werden müßte. Sollten dem Reiche in den nächsten Jahren wirklich vorübergehend die Mittel zur Leistung dieses höheren Zuschusses fehlen, so würde immer noch der Ausweg bleiben, daß es die Beträge den Versicherungsanstalten schuldig bleibt und einstweilen nur verzinst, bis bessere Zeiten die Tilgung der Schuld ermöglichen. Es braucht also unter allen Umständen nicht dazu zu kommen, daß das Reich den Versicherten vorenthält, was es ihnen nach Recht oder Billigkeit schuldet.

Mit den vorstehenden Darlegungen sind im wesentlichen auch die Unterlagen gewonnen zu einer Stellungnahme zu Seelmanns Ausführungen.

Dieser erklärt den Reichszuschuß für „gefährlich", weil das Reich vielleicht nicht in der Lage sein werde, ihn zahlen zu können, und sich dann später ergeben würde, daß höhere Beiträge hätten erhoben werden müssen. Wer entsprechend den Vorschlägen des Entwurfs davon ausgeht, daß selbst bei Heranziehung des Reichs zu den Kosten der Rentenerhöhung die Beiträge nicht in einer die volle Kapitaldeckung bringenden Höhe erhoben werden könnten, der wird die von Seelmann befürchtete „Gefahr" der Inanspruchnahme eines Reichszuschusses nicht entdecken können und wird ebensowenig zum Verzicht auf eine Erhöhung des Reichszuschusses geneigt sein wie zum Verzicht auf den gegenwärtigen Zuschuß. Mit der Leistungsfähigkeit des Reichs würde übrigens auch die der Träger der Invalidenversicherung zu Ende sein. Was die Gesamtheit der Steuerzahler nicht aufbringen kann, kann auch ein Teil nicht leisten.

Sodann wirft Seelmann im Anschluß an die Behauptung, daß die Arbeiter vielfach weit mehr verdienen als die versicherten Angestellten, die Frage auf: „Ist es da gerecht, der Invalidenversicherung weitere Zuschüsse aus der Reichskasse zuzuwenden, der Angestelltenversicherung aber nicht?" Wer die finanzielle Bedeutung der Übergangsbestimmungen der Invalidenversicherung kennt und sich klarmacht, daß es sich bei den jetzigen Rentenzulagen auch um Leistungen handelt, die nicht auf Grund einer entsprechenden Beitragszahlung gewährt werden, und weiter weiß, daß es ähnliche Belastungen der Angestelltenversicherung*) nicht gibt, der kann nicht einen Augenblick darüber im Zweifel sein, daß die Antwort auf jene Frage nur lauten kann: „Ja, gewiß!" Bei der Einführung der Invalidenversicherung hätte der Beitrag um ein Drittel niedriger bemessen werden können, wenn nicht die Belastung durch die Übergangsbestimmungen zu decken gewesen wäre, und dafür wurde als Ausgleich der Reichszuschuß gewährt. Jetzt handelt es sich um eine ähnliche, aber noch viel weitergehende Mehrbelastung. Die Angestelltenversicherung kennt Beitragszuschläge aus solchem Anlaß nicht, und ihre Versicherten können deshalb auch nicht wie die der Invalidenversicherung Schadloshaltung verlangen.

Die Unzweckmäßigkeit der Aufbringung der Mittel durch Reichszuschüsse glaubt Seelmann durch den Hinweis dartun zu können, daß das neue Wochenhilfegesetz zu weitgehende Leistungen auf Kosten des Reichs eingeführt habe, die von den Krankenkassen nicht beschlossen sein würden, und daß nur die Anwendung des Grundsatzes, daß derjenige, der die Leistungen der Versicherung erhöht, auch gleichzeitig die dafür erforderlichen Beiträge zu bewilligen habe, zu weitgehenden Forderungen vorbaue. Wenn man auch zugeben wollte, daß das richtig sei, so ist doch nicht einzusehen, was damit für den vorliegenden Fall bewiesen wird. Sind denn die ersten Rentenzulagen von 8 und 4 *M* oder die jetzigen von 20 und 10 *M* im Monat zu hoch und würde die Forderung einer weiteren Erhöhung bei den immer noch steigenden Preisen wirklich als zu weitgehend bezeichnet werden können? Wäre es denn überhaupt durchführbar, im Anschluß an jede Erhöhung der Zulagen auch jedesmal die Beiträge der Invalidenversicherung zu erhöhen? Mir scheint, was Seelmann hier ausführt, begründet eher die Forderung der Übernahme der Kosten auf das Reich als deren Ablehnung.

Endlich bezeichnet Seelmann höhere Zuschüsse des Reichs als nicht nötig, indem er ausführt, daß das Reich die Kosten nur durch Einführung neuer indirekter Steuern aufbringen könne, welche die Versicherten unter Umständen mehr belasten würden als höhere Beiträge. Daß das keine Beweisführung ist, braucht wohl nicht näher dargelegt zu werden. Es soll deshalb auch nicht als Erbringung eines Gegenbeweises gelten, wenn darauf hingewiesen wird, daß die 550 Millionen für die Rentenzulagen spielend leicht gedeckt werden könnten, wenn während des niedrigen Valutastandes die Ausfuhrgenehmigung von der Zahlung eines den niedrigen Kurs zum Teil ausgleichenden Beitrags zu den Kosten der Teuerungszulagen in der Arbeiterversicherung abhängig gemacht würde. Das kommt der Gesamtheit zugute und ist mehr gerechtfertigt als übergroße Mehreinnahmen der Ausfuhrindustrien gegenüber denen, die für den Inlandsbedarf arbeiten.

Ich glaube daher, mit aller Entschiedenheit den Standpunkt vertreten zu müssen, daß erhöhte Zuschüsse des Reichs zur Verhütung einer Überlastung der Nächstbeteiligten notwendig sind, daß sie aber auch von den durch die Verminderung des Deckungskapitals für ihre Ansprüche geschädigten Versicherten mit Fug und Recht gefordert werden können, und endlich, daß vorübergehende Rentenerhöhungen beim Fehlen irgendwelcher Überschüsse und der Unmöglichkeit, für kurze Zeiträume eine neue Beitragsfestsetzung vorzunehmen, zweckmäßig nur für Rechnung der Allgemeinheit eingeführt werden können.

*) Die Bestimmung des § 55 AVG., daß die während der ersten 120 Beitragsmonate gezahlten Beiträge mit einem Viertel für die Berechnung des Ruhegeldes eingestellt werden, wirkt auch wie eine Übergangsbestimmung zugunsten der hochgelohnten und zu Lasten der niedriggelohnten Angestellten, hat aber eine verhältnismäßig viel geringere Belastung zur Folge.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Dringender Fall im Sinne des § 368 RVO. — Kein Anspruch auf Krankenhauspflege, selbst in dringenden Fällen. — Vermeidung von Teilentscheidungen.

Rev. Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** v. 25. April 1919 (Mitt. 1919 S. 90 Z. 173).

Die von der Krankenkasse zu leistende Krankenhilfe besteht — abgesehen von dem für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit zu entrichtenden Krankengeld — grundsätzlich nicht in Geld-, sondern in Sachleistungen, nämlich in der die ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arzneien und Heilmitteln umfassenden Krankenpflege. Eine Ausnahme von der Pflicht des Versicherten, sich behufs Erlangung der Krankenpflege an die Kasse zu wenden, besteht in dringenden Fällen, in denen die Kasse verbunden ist, für den Ersatz der selbst beschafften Krankenhilfe aufzukommen. Ein dringender Fall liegt nach der Rechtsprechung nicht nur bei gewissen körperlichen Zuständen des Erkrankten, sondern auch dann vor, wenn sich der Versicherte oder dessen gesetzlicher Vertreter über die Frage der Versicherungspflicht und Kassenmitgliedschaft in einem entschuldbaren Irrtum befindet, der dazu führt, daß ein nicht kassenzugehöriger Arzt aufgesucht und daß die Kasse von den getroffenen Maßnahmen nicht verständigt wird. Das Oberversicherungsamt konnte ohne Rechtsirrtum im vorliegenden Fall mit Rücksicht auf die verwickelten Arbeits- und Lohnverhältnisse des Max J. annehmen, daß ein entschuldbarer, durch die Auskunft des Krankenhausarztes unterstützter Irrtum und damit ein dringender Fall vorgelegen habe (§ 368 RVO.; Entsch. d. bayer. Verwaltungsgerichtshofs vom 15. Juli 1891 in der „Arbeiterversorgung" 1893 S. 5). Die Beklagte ist deshalb verpflichtet, dem Kläger die Kosten zu erstatten, die dadurch entstanden sind, daß er sich die regelmäßig von der Kasse zu gewährende Krankenhilfe selbst beschafft hat, wie sich diese aus den maßgebenden §§ 182 ff. RVO. ergeben; sie hat demnach, abgesehen vom Krankengeld für die Kosten der ärztlichen Behandlung und Versorgung mit Arznei und Heilmitteln einzustehen. Zur Gewährung von Krankenhauspflege ist die Kasse nicht verpflichtet, auch in den sogen. dringenden Fällen nicht. Eine ohne ihre vorherige Zustimmung eingeleitete Krankenhausbehandlung kann die Kasse nachträglich genehmigen, wie es hier der Fall gewesen ist; damit aber, daß sie gegen die Aufnahme des Max J. in das Krankenhaus in S. eine Erinnerung nicht erhob, hat die Kasse keineswegs ihr Einverständnis auch mit der Verbringung des Verletzten in ein beliebiges anderes, zumal ein kassenfremdes Krankenhaus erklärt. Der Kläger ist also nicht berechtigt, von der beklagten Kasse schlechthin den Ersatz der von ihm selbst beschafften Krankenhauspflege zu fordern; auf der anderen Seite ist er — zumal angesichts des in Mitte liegenden entschuldbaren Irrtums — durch sein eigenmächtiges Verfahren nicht jeglichen Anspruchs gegen die Kasse verlustig gegangen; es bleibt ihm vielmehr die Geltendmachung des Anspruchs auf den Ersatz für die in § 182 RVO. genannten Leistungen (Amtl. Nachr. 1916 S. 478 Z. 2191, 1917 S. 388 Z. 2320).

Für die Entscheidung ist mithin eine Feststellung der Ansprüche erforderlich, die der Verletzte, besonders für die Zeit seines Aufenthalts in der Münchener Krankenanstalt, einschließlich der Kosten für ärztliche Behandlung und des Krankengeldes gegen die beklagte Kasse zu erheben berechtigt ist. Was die Arztkosten anlangt, so wird für deren Höhe und damit das Maß der Entschädigung die Bestimmung des § 2 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Oktober 1901 über ärztliche Gebühren (GVBl. S. 629) zu beachten sein, wonach für den Regelfall die niedrigsten Sätze anzuwenden sind. An dieser Feststellung, die mit Rücksicht auf die Pflicht, die Sache von Amts wegen aufzuklären und unter Vermeidung von unnötigen Teilentscheidungen die gesamten dem Kläger zustehenden Ansprüche zu erfassen hat, fehlt es bis jetzt; sie hätte zur Zeit der Erlassung des Berufungsurteils — 17. Dezember 1918 — getroffen werden können (vgl. Mitt. 1916 S. 133 Z. 85, besonders S. 135; auch Amtl. Nachr. 1897 S. 406 Z. 1636). Aus der Abgleichung des Betrags, den der Kläger für Arzt- und Arzneikosten sowie für Krankengeld beanspruchen kann, und der von der Beklagten angebotenen Summe ergibt sich dann, ob und zu welchem Betrage die Beklagte zu verurteilen oder ob die Klage abzuweisen ist.

Umfang der Pflicht der Kasse zur Tragung der Arztkosten bei Erkrankung eines Versicherten auf der Reise.

Urteil des **Oberversicherungsamts Leipzig** v. 14. Oktober 1919.

Die Klägerin, Arbeiterin L., fordert von der beklagten Kasse Ersatz von 33,15 M Arztkosten, die ihr wegen plötzlicher Erkrankung auf der Reise von Leipzig nach Heinzebank auf dem Bahnhofe Marienberg erwachsen sind. Die Beklagte lehnt den Ersatz über 8 M hinaus ab, weil sie der Klägerin beim Antritt der Urlaubsreise ausdrücklich erklärt habe, daß sie bei einem Erkrankungsfalle während des Urlau-

des nur so viel Arztkosten zahle, wie sie bei Inanspruchnahme eines Kassenarztes zu zahlen hätte. Die Beklagte hat der Klägerin bei dieser Vereinbarung noch die für solche Fälle üblichen Verhaltungsmaßregeln zur Beachtung übergeben. Nach diesen Verhaltungsmaßregeln hat sich das Mitglied nach Ankunft am neuen Aufenthaltsorte sofort bei einem Arzt der zuständigen Ortskrankenkasse vorzustellen. Diesem ist das Mitgliedsbuch vorzulegen und bekanntzugeben, daß die Kasse für den ersten Besuch des Arztes in der Wohnung des Kranken 2 *M*, für jeden weiteren Besuch 1 *M* und für jede Konsultation in der Wohnung des Arztes 1 *M* bezahlt. Das in dieser Höhe entstandene Honorar wird dem Mitgliede nach Rückkehr gegen Vorlegung quittierter und spezifizierter Rechnung erstattet, auf Antrag aber auch dem Arzte von der Kasse direkt zugesandt. Entfernungsgebühren werden nicht, Operationen und Verbände nur nach den Mindestsätzen übernommen.

Das Versicherungsamt hat die Beklagte zur Zahlung des Restes von 25,15 *M* Arztkosten des Dr. Gr. in Marienberg verurteilt. Die Beklagte hat Berufung eingelegt und näher ausgeführt, daß insbesondere die Erkrankung der Klägerin kein „dringlicher Fall“ sei. Dagegen gibt sie zu, daß die geforderten Arztkosten an sich angemessen sind. — Das Oberversicherungsamt hat die Berufung verworfen. — Gründe:

Wenn die Klägerin ausführt, daß die Beklagte sämtliche Arztkosten zu übernehmen habe, da die Gewährung freier ärztlicher Behandlung in Krankheitsfällen eine gegenseitige Mindestleistung sei, die unter allen Umständen gewährt werden müsse, von der sich die Kasse als einer im öffentlichen Rechte beruhenden Verbindlichkeit in der Regel nicht frei machen könne, denn derartige Vorbehalte seien als mit dem öffentlichen Rechte im Widerspruch stehend rechtlich unwirksam, so konnte diesen Ausführungen die Spruchkammer nicht folgen.

Die Krankenpflege ist eine Sachleistung, die im allgemeinen in Natur zu leisten ist. Da die Kassen räumlich begrenzte Einrichtungen sind, so sind sie nicht in der Lage, überall ärztliche Behandlung und Heilmittel bereitzustellen. Daher muß die Verpflichtung der Kasse zur Gewährung solcher Leistungen anders begrenzt werden, als bei Barleistungen, bei denen der Aufenthaltsort des Versicherten entscheidende Bedeutung ist. Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß Krankenpflege in der Regel nur im Kassenbezirke begehrt werden darf. Doch hat im Interesse der Versicherten das Reichsversicherungsamt entschieden, daß die Krankenkassen zur Gewährung von Krankenpflege auch verpflichtet sind in Fällen, wo der Wohnort oder der Beschäftigungsort des Versicherten außerhalb des Kassenbezirkes gelegen ist (vgl. grundſ. Entsch. 2267, Amtl. Nachr. 1916 S. 739). Regelmäßig ist also nach der Natur des Rechtsverhältnisses (§ 269 Bürgerliches Gesetzbuch) Erfüllungsort der Kassenleistungen nur der Kassenbezirk, ein Ort außerhalb desselben nur dann, wenn er Beschäftigungs- oder Wohnort des Mitgliedes ist.

Ähnlich liegt der Fall bei Beurlaubung des Mitgliedes seitens der Kasse nach einem außerhalb ihres Bezirks liegenden Orte. Eine Beurlaubung des Versicherten seitens der Kasse kann nur den Sinn haben, daß die Kasse auch am Urlaubsorte Krankenpflege gewähren will. Die Beklagte weigert sich dessen auch nicht. Es muß ihr jedoch das Recht zugestanden werden, alle ihre gesetzlich zustehenden Sicherungen anzuwenden, um sich gegen zu hohe Kosten für den Fall der Erkrankung bei Beurlaubung zu schützen, wenn sie aus persönlichen Gründen des Versicherten diesem die Ausreise aus dem Kassenbezirk gestattet. Wenn daher die Beklagte der Klägerin „Verhaltungsmaßregeln“ gibt für den Erkrankungsfall während ihres Urlaubs, so sind diese durchaus als rechtsgültig zu erachten.

Die soeben ausgeführten Grundsätze gelten jedoch nur für normale Erkrankungsfälle. Wie das Reichsversicherungsamt weiter in der erwähnten Entscheidung ausführt, ist eine Kasse bei vorübergehendem Aufenthalt eines Versicherten außerhalb des Kassenbezirks verpflichtet, Krankenhilfe in dringenden Fällen dem Kassenmitglied zu gewähren. In solchen Fällen kommt als Erfüllungsort neben dem regelmäßigen Erfüllungsort der Aufenthaltsort des Kranken hinsichtlich der ärztlichen Behandlung in Frage.

Da es sich im vorliegenden Streitfalle um einen „dringenden Fall“ handelt, . . . hat die Spruchkammer auf Grund der Bescheinigungen . . . für erwiesen erachtet. Ein dringender Fall liegt nämlich vor, wenn sofortige ärztliche Hilfe notwendig ist und die erkrankte Person nicht in den Bereich der Kasse überführt werden kann, ohne daß dadurch eine erhebliche Gefahr für ihr Leben, ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit angenommen werden muß. Diese Voraussetzungen sind nach den erwähnten Zeugenbekundungen als gegeben angesehen worden.

Nach § 368 RVO. kann die Beklagte Bezahlung von Nichtkassenärzten in dringenden Fällen nicht ablehnen. Gleich ist dabei, ob der dringende Erkrankungsfall des Kassenmitgliedes sich im Bereiche des Kassenbezirks oder außerhalb zuträgt. Daher ist die Beklagte im vorliegenden Falle verpflichtet, der Klägerin die ärztlichen Kosten für ihre plötzliche Erkrankung in Marienberg zu ersetzen. Die „Verhaltungsmaßregeln“ der Beklagten gelten nur für normale Erkrankungsfälle, geben aber keine Vorschriften für den Fall — wie hier — dringender Erkrankung. Die Klägerin konnte zudem im vorliegenden Streitfalle den Verhaltungsmaßregeln gar nicht nachkommen. Sie war eben wegen der plötzlichen Erkrankung dazu völlig außerstande. Der Arzt mußte ohne ihr Zutun sofort herbeigerufen werden.

Allerdings darf die Gewährung der Krankenpflege, wie das Reichsversicherungsamt in der oben angeführten Entscheidung ausführt, an auswärts Erkrankte und die sich hieraus ergebende Ersatzpflicht hinsichtlich der Krankenpflegekosten nicht zu einer unbilligen Belastung der Krankenkasse

führen, so daß bei Streit über die Höhe der Kosten die Angelegenheit der Aufwendungen hierfür nachzuprüfen ist.

Daß die von dem Arzte Dr. Gr. geforderten Kosten unangemessen hoch bemessen seien, nimmt die Spruchkammer nicht an. Er hat für drei Besuche in Heinzebank, 5 Kilometer von Marienberg entfernt, einschließlich Konsultationen und die erste Untersuchung nebst Zeugnis 25,50 ℳ berechnet. Weiter hat er dazu 30 v. H. Kriegszuschlag mit 7,65 ℳ in Ansatz gebracht; ein Aufschlag, dessen Höhe nach den jetzigen Geldverhältnissen ebenfalls als durchaus angemessen zu erachten ist. Da auch die Beklagte selbst zugibt, daß die Berechnung von Dr. Gr. im Gesamtbetrage von 33,15 ℳ für ärztliche Bemühungen nicht unangemessen hoch ist in dem gegebenen Fall, so war die Beklagte zur Zahlung der von der Klägerin geforderten restlichen 25,15 ℳ verpflichtet und ihre Berufung als unbegründet zu verwerfen.

Zuständigkeit der Versicherungsbehörden zur Entscheidung über Rückforderung zu Unrecht gezahlten Krankengeldes.

Urteil des **Reichsversicherungsamts** — Großen Senats — vom 20. Dezember 1919.

Die Frage, ob für Ansprüche auf Rückzahlung zu Unrecht empfangenen Krankengeldes die Zuständigkeit der Instanzen der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung oder der ordentlichen Gerichte gegeben ist, ist eine grundsätzliche Rechtsfrage im Sinne des § 1717 RVO., und, da der verweisende Spruchsenat des Landesversicherungsamts bei ihrer Beantwortung von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen wollte, so ist die Verweisung gemäß § 1718 RVO. zu Recht erfolgt.

In der den Grund der Verweisung bildenden Rechtsfrage ist das Reichsversicherungsamt in Abweichung von seiner bisherigen Rechtsübung der Auffassung des Sächsischen Landesversicherungsamts beigetreten und hat daher die Instanzen der Reichsversicherung für zuständig erachtet. Folgende Erwägungen waren hierfür maßgebend:

In der Entscheidung 2112 (Amtl. Nachr. 1915 S. 764) hat das Reichsversicherungsamt grundsätzlich ausgesprochen, daß eine Krankenkasse von dem Versicherten eine zu Unrecht gezahlte Unterstützung nur durch Klage im ordentlichen Rechtswege zurückverlangen könne. In der Begründung wird folgendes ausgeführt: „Zu Unrecht gezahlte Unterstützungen würden in dem Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung nur dann zurückgefordert werden können, wenn dieses Verfahren dafür ausdrücklich vorgeschrieben wäre. Das ist jedoch nicht der Fall. Denn es handelt sich zunächst um keine Ansprüche im Sinne des § 1551 Abs. 1 RVO. Hierunter fallen nur Ansprüche der Berechtigten gegen Kassen und andere Träger der Fürsorge. Aber auch § 1551 Abs. 2 bis 4 RVO. treffen nicht zu, da Rückzahlungen zu Unrecht gewährter Kassenleistungen nicht zu den dort bezeichneten Leistungen gehören, die als Leistungen der Krankenversicherung gelten. Endlich ist auch die Vorschrift des § 224 RVO. nicht anwendbar, denn diese betrifft, wie der Wortlaut ergibt, nur Ansprüche, die Kassen gegeneinander oder in den Fällen des im § 224 Nr. 1 erwähnten § 222 a. a. O. Arbeitgeber gegen Kassen erheben. Hiernach bleibt mangels einer besonderen Regelung nach der Reichsversicherungsordnung (zu vgl. § 13 des Gerichtsverfassungsgesetzes in der Fassung vom 20. Mai 1898) für die Verfolgung von Ansprüchen, wie der vorliegende, soweit sie nicht etwa im Wege der Aufrechnung geltend gemacht werden, nur die Klage im ordentlichen Rechtsweg übrig. Diese Ausführungen, denen bereits im Schrifttum (zu vgl. Hahn, ArbVers. 1916 S. 97 ff.), wie in der Rechtsprechung (zu vgl. Urteil des preuß. Gerichtshofes zur Entsch. der Kompetenzkonflikte vom 10. Februar 1917, ArbVers. 1917 S. 417) widersprochen worden ist, sind auch nach Auffassung des erkennenden Senats nur zum Teil zutreffend und in ihrer Gesamtheit nicht ausreichend, um den angeführten Grundsatz zu tragen. Unzweifelhaft ist ihnen insoweit beizutreten, als Rückforderungsansprüche der hier vorliegenden Art in § 1551 Abs. 2 bis 4 RVO. nicht erwähnt werden und als eine entsprechende Anwendung des auf ganz andersartige Ansprüche bezüglichen § 224 Nr. 2, wie sie auch vorliegend in der Revisionsschrift für zulässig erachtet wird, ausgeschlossen erscheint. Dagegen kann aus § 1551 Abs. 1 RVO.: „Anträge auf Leistungen der Krankenversicherung sind bei der Krankenkasse . . . . . zu stellen“, trotz des Wortes „Anträge“ nicht gefolgert werden, daß nur Ansprüche der Berechtigten gegen Kassen und andere Träger der Fürsorge im Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung verfolgbar sind. § 1551 Abs. 1 steht vielmehr in Zusammenhang mit § 1545 Abs. 1 Nr. 2, wonach im Gegensatz zur Unfallversicherung die Leistungen aus der Krankenversicherung nicht von Amts wegen, sondern auf Antrag festzustellen sind. Diese Regelung macht es erforderlich, die Stelle zu bezeichnen, bei der dieser Antrag anzubringen ist. Lediglich das ist der Zweck des § 1551 Abs. 1. Einer ausdrücklichen Vorschrift, durch welche die Zuständigkeit der Kasse zur Entgegennahme der Anträge begründet wurde, bedurfte es schon deshalb, weil nach § 1613 Anträge auf Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht an die Landesversicherungsanstalten, sondern an die Versicherungsämter zu richten sind. Für Rückforderungsansprüche der Kasse wegen zu Unrecht erfolgter Leistungen bedurfte es dagegen einer solchen Vorschrift nicht, da sie selbstverständlich gegenüber den Empfängern der

Leistungen geltend zu machen sind. Die Unzuständigkeit der Instanzen der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung zur Entscheidung über Rückforderungsansprüche kann daher aus § 1551 Abs. 1 um so weniger gefolgert werden, als die Zuständigkeit der Spruchbehörden im Streitverfahren der Krankenversicherung sich gar nicht nach dieser Vorschrift, sondern nach § 1636 bestimmt, welcher lautet: „Bei Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung entscheidet auf Antrag in erster Instanz, vorbehaltlich des (hier nicht in Betracht kommenden) § 1661, das Versicherungsamt (Spruchausschuß)." Auch aus dem Wortlaut dieser Vorschrift kann ein bestimmter Schluß weder nach der einen noch nach der anderen Richtung gezogen werden. Rein sprachlich erscheint es allerdings möglich, einen „Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung" nicht nur dann anzunehmen, wenn der Versicherte von dem Versicherungsträger eine Leistung begehrt, sondern auch dann, wenn der Versicherungsträger eine erbrachte Leistung unter der Behauptung zurückfordert, daß er zu ihr nicht verpflichtet gewesen sei. Denn trotz der Umkehrung der Parteirollen betrifft der Streit die Verpflichtung zu einer Leistung der Kasse auf Grund der Reichsversicherungsordnung. Entsprechend hat auch der preuß. Gerichtshof zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte in der obenerwähnten Entsch. vom 10. Februar 1917 den § 1540 RVO., nach welchem Streit über Ersatzansprüche aus den §§ 1528, 1531 bis 1537 im Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung entschieden wird, dahin ausgelegt, daß darunter auch Streitigkeiten über Rückerstattung solcher irrtümlich und ohne Rechtsgrund bewirkten Leistungen gehören, sofern hierbei die Leistungspflicht selbst in Zweifel gezogen wird. Indessen ist demgegenüber zu beachten, daß § 1636 a. a. O. in dem Abschnitt A des das Verfahren regelnden Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung „Feststellung der Leistungen", und zwar in dem zweiten Unterabschnitt: „Feststellung in Spruchverfahren", steht, also in erster Linie offenbar an den Fall gedacht ist, daß über einen Antrag des Versicherten auf Kassenleistungen zu entscheiden ist. Ferner kommt in Betracht, daß in den, ebenso wie § 1636 a. a. O. das Verfahren vor dem Versicherungsamt regelnden §§ 1662 und 1669 RVO. von dem „Antragsteller" in der Bedeutung des „Versicherten" die Rede ist. Dem Gesetzgeber hat also bei der Abfassung der §§ 1636 ff. offenbar nur der Regelfall vorgeschwebt, daß ein Versicherter als Kläger auftritt, und es kann daher aus der Fassung des § 1636 die Zuständigkeit der Spruchinstanzen auch für Rückforderungsansprüche nicht gefolgert werden. Ebensowenig kann aber aus dem letzterwähnten Umstande geschlossen werden, daß der Gesetzgeber die Rückforderungsansprüche von der Zuständigkeit der Instanzen der Reichsversicherung ausschließen wollte. Zusammenfassend ist vielmehr zu sagen, daß der Wortlaut des § 1636 zwar der Zuständigkeit dieser Behörden nicht entgegensteht, sie aber auch nicht zweifelsfrei begründet.

Indessen folgt die Zuständigkeit, wenn auch nicht unmittelbar aus dem Wortlaut, so doch mittelbar aus dem Inhalt des § 1636. Hierdurch sind sämtliche Ansprüche auf Leistungen der Krankenversicherung in erster und folgeweise auch in höherer Instanz den Spruchbehörden der Reichsversicherung zugewiesen worden. Durch diese Regelung hat der Gesetzgeber seinen Willen dargetan, mit der Beurteilung dieser eigenartigen und häufig schwierigen Rechtsfragen ausschließlich Sondergerichte zu betrauen, denen infolge der Beschränkung des Aufgabenkreises auf ihrem Gebiete eine besondere Sachkenntnis zu Gebote steht. Genau um die gleichen Fragen handelt es sich aber, wenn eine bereits erbrachte Leistung aus der Krankenversicherung von der Kasse mit der Begründung zurückgefordert wird, daß eine Pflicht zur Leistung nach der Reichsversicherungsordnung nicht bestanden habe. Lediglich die Parteirollen sind in solchem Falle vertauscht. Durch diesen äußeren Umstand kann aber nach Auffassung des Senats die durch die Natur der streitigen Rechtsverhältnisse begründete Zuständigkeit der Spruchbehörden der Reichsversicherung nicht geändert werden. Ebensowenig ist in dieser Beziehung von Bedeutung, daß die Rückforderungsklage sich äußerlich als eine Bereicherungsklage, als ein vermögensrechtlicher Anspruch kennzeichnet. Durch diesen Umstand wird vielmehr der Anspruch keineswegs zu einem nach § 13 des Gerichtsverfassungsgesetzes vor die ordentlichen Gerichte gehörenden Anspruch aus dem bürgerlichen Recht. Vermögensrechtliche Ansprüche zeigen sich wie auf dem Gebiete des bürgerlichen, so auch auf dem des öffentlichen Rechts. Maßgebend ist in dieser Beziehung lediglich das dem Anspruch zugrunde liegende Rechtsverhältnis, und das gehört dem Krankenversicherungsrechte, das ist dem öffentlichen Rechte, an. In dieser Auffassung befindet sich der Senat in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung zahlreicher höchster Gerichtshöfe. So hat der bayerische Gerichtshof für Kompetenzkonflikte in einer Entsch. vom 16. Mai 1888 (Ges. u. VrdgBl., Beilage II) ausgeführt: „Eine Leistung ohne Verpflichtungsgrund kann sowohl im Gebiete des öffentlichen Rechts wie des Privatrechts vorkommen. Eine zivilrechtliche Natur wird daher auch dem Anspruch auf Rückvergütung einer ohne Verpflichtung erfolgten Leistung nicht schon durch die Tatsache, daß überhaupt ohne Verpflichtungsgrund geleistet wurde, aufgedrückt, sondern vielmehr erst dadurch, daß durch die Rückforderung die Negation eines dem Zivilrechte angehörenden Erwerbsgrundes zum Ausdruck kommt." Der gleiche Standpunkt wird in einer Entsch. dieses Gerichts vom 5. Juli 1890 (Ges. u. VrdgBl., Beilage I) vertreten. Ferner hat das Reichsgericht in

einem Urteil vom 20. Januar 1890 (Reichsger. in Zivils. Bd. 25, S. 302) ausgesprochen, daß für die Klage auf Rückgabe einer aus Irrtum geleisteten Zahlung der Rechtsweg ausgeschlossen wird, wenn für den Anspruch auf die Zahlung selbst der Rechtsweg wegen der öffentlich-rechtlichen Natur des Anspruchs nicht gegeben ist, und zwar, weil dadurch, „daß der Anspruch auf Leistungen ein publizistischer ist, auch dem Anspruch auf Rückzahlung das publizistische Gepräge aufgedrückt wird". In Anwendung dieses Grundsatzes hat das Reichsgericht auf dem Gebiete der Krankenversicherung in einem Urteil vom 25. Januar 1904 (Reichsger. in Zivils. Bd. 56 S. 346) erkannt, daß nach § 58 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes nicht nur über Leistungsansprüche, sondern auch über Ansprüche auf Rückzahlung von zu Unrecht Geleistetem zunächst von der Aufsichtsbehörde zu entscheiden sei, sofern hierbei die Zahlungsverpflichtung selbst in Streit gezogen werde. Der gleiche Standpunkt ist unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes im Schrifttum wie in der Rechtsprechung der obersten Verwaltungsgerichte überwiegend vertreten worden (zu vgl. die Zusammenstellung in dem Aufsatz von Hahn in der ArbVers. 1916 S. 98 ff., auch bayerischer Verwaltungsgerichtshof in seiner Sammlung Bd. XXXI S. 7 ff.). Da der Gesetzgeber, dem dies zweifellos bekannt war, weder in der Begründung zu dem Entwurfe der Reichsversicherungsordnung noch, wie ausgeführt, durch die Fassung des § 1636 die Absicht einer Änderung in dieser Beziehung zum Ausdruck gebracht hat, so muß angenommen werden, daß bei ihm eine solche Absicht auch nicht bestanden hat. Daß im Gegenteil die von dem erkennenden Senat für maßgebend erachtete Regelung der Zuständigkeit dem Willen des Gesetzgebers entspricht, erhellt aus der Erwägung, daß durch die Einführung der Krankenversicherung in die Reichsversicherungsordnung die Rechtseinheit auf dem Gebiete der Sozialversicherung nach Möglichkeit gewährt werden sollte. Diese Rechtseinheit würde aber offenbar gefährdet, wenn über den gleichen Anspruch bald die bürgerlichen Gerichte, bald die Instanzen der Arbeiterversicherung zu entscheiden hätten, bloß weil die Parteirollen verschieden verteilt sind.

Vorliegend hat also das Oberversicherungsamt seine Zuständigkeit zur Entscheidung über den Rückforderungsanspruch der Kasse zu Unrecht verneint. Seine Entscheidung war demnach insoweit aufzuheben. Gleichzeitig war die Sache an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen, das die Berechtigung des Rückforderungsanspruchs in sachlicher Beziehung zu prüfen und hierbei auch zu erwägen haben wird, ob und zutreffendenfalls in welchem Umfange von den Hinterbliebenen des Klägers der Einwand des Wegfalls der Bereicherung erhoben werden kann.

Unzulässige Entscheidung nur über den Grund des Anspruchs.

Urteil des Versicherungsamts Hattingen vom 30. September 1919.

Durch Vorentscheidung vom 24. Juli 1919 ist dahin erkannt worden, daß die Allgemeine Ortskrankenkasse dem minderjährigen Sohne des Klägers Sachleistungen nach § 182 RVO. Abs. 1 (§ 19 der Satzung) zu gewähren oder den notwendigen Aufwand dafür im nachgewiesenen Betrage zu ersetzen hat. Auf den Inhalt der Entscheidung wird hingewiesen. Von der Beklagten ist darauf rechtzeitig der Antrag auf mündliche Verhandlung gestellt worden.

Wie bereits in der Vorentscheidung ausgeführt, können auf den vorliegenden Fall nicht die §§ 1531 ff. RVO. angewendet werden. Es kommen vielmehr, da die Kassenmitgliedschaft des minderjährigen Sohnes des Klägers unbestritten ist, die Bestimmungen der §§ 182 ff. RVO. in Frage. Danach steht demselben Krankenpflege vom Beginn der Krankheit an zu; sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln. Auf Krankengeld hat L., da er als Lehrling ohne Entgelt beschäftigt war, keinen Anspruch (§ 494 RVO.). Hat Kläger, wie im vorliegenden Falle, aus entschuldbaren Gründen sich diese Sachleistungen selbst beschafft, so muß ihm die Beklagte den notwendigen Aufwand dafür im nachgewiesenen Betrage ersetzen. In der mündlichen Verhandlung war Kläger nicht in der Lage, die Kosten, die auf die Krankenpflege entfallen, nachzuweisen. Krankenhauspflege zu gewähren, sind die Krankenkassen nicht verpflichtet (§ 184 Abs. 1 RVO.). Selbst wenn an und für sich Krankenhauspflege geboten ist, steht die Einweisung noch im pflichtmäßigen Ermessen der zuständigen Organe der Krankenkassen. Die Krankenkassen können weder durch Urteil im Spruchverfahren noch im Aufsichtswege zur Gewährung von Krankenhauspflege verurteilt werden (Amtl. Nachr. 1914 S. 818 und 1916 S. 647). Kann die beklagte Kasse somit nicht gezwungen werden, Krankenhauspflege zu gewähren, dann kann sie auch nicht verurteilt werden, Kosten für den Unterhalt im Krankenhause zu erstatten. Insoweit muß der Anspruch des Klägers zurückgewiesen werden.

Anmerkung: Gegen diese Entscheidung haben beide Teile Berufung eingelegt. Das Oberversicherungsamt Dortmund hat durch Urteil vom 18. November 1919 beide Berufungen aus den Gründen der Vorinstanz zurückgewiesen.

Mit Recht bemängelt der Einsender, daß beide Instanzen es unterlassen haben, ziffermäßig festzustellen, wieviel von den Krankenhauspflegekosten auf ärztliche Behandlung, Arznei und Heilmittel für den ohne Entgelt beschäftigten und deshalb zum Krankengeldbezuge nicht berechtigten Lehrling entfiel. Diese Unterlassung ist ein Verstoß gegen prozeßrechtliche Vorschriften und Grundsätze. Nach § 13

der Vrdg. v. 24. 12. 11 über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter (RGBl. S. 1107) sollen die Anträge „den Anspruch bestimmt bezeichnen". Werden Sachleistungen beansprucht, so sind sie nach Art und Maß zu bezeichnen; werden Kassenleistungen in Geld gefordert, so ist der Betrag bestimmt anzugeben. Hatte der Kläger dies unterlassen, so hatte das Versicherungsamt auf sachgemäße Ergänzung des Antrags hinzuwirken, um gemäß § 31 der Vrdg. innerhalb des erhobenen Anspruchs nach freiem Ermessen entscheiden und, wenn es den Anspruch an sich für begründet erachtete, gemäß § 1668 Abs. 1 auch den Betrag des Anspruchs feststellen zu können. Das Urteil hatte den gesamten Streitstoff und den gestellten Antrag zu erledigen und durfte sich nicht darauf beschränken, die zu gewährenden Sachleistungen — die übrigens gar nicht in Frage kommen konnten, weil der Kläger sie bereits selbst beschafft hatte, — durch den Hinweis auf § 182 RVO. zu kennzeichnen „oder" dem Kläger den „notwendigen" Aufwand dafür im „nachgewiesenen" Betrage zuzusprechen. In den Gründen bemerkt das Versicherungsamt, daß der Kläger in der mündlichen Verhandlung nicht in der Lage gewesen sei, die auf die Krankenpflege entfallenden Kosten nachzuweisen. War dem so, so mußte der Vorsitzende dem Kläger nachhelfen und selbst auf Klarstellung des Sachverhalts in dieser Richtung hinwirken (§ 24 der Vrdg. mit § 1652 RVO.). Nicht aber durfte es — wie nach § 304 ZPO. im Zivilprozeß zulässig ist — lediglich über den Grund des Anspruchs entscheiden, die Feststellung des Betrags also der Einigung der Parteien überlassen, die dann, wenn eine Einigung nicht erzielt würde, von neuem die Instanzen der Reichsversicherung anrufen müßten. Solche „Zwischenurteile" sind im Gebiete der Reichsversicherung nur ausnahmsweise nach §§ 1668 Abs. 2, 1679 RVO. zugelassen. Gerade hieraus folgt, daß sie der Regel nach unzulässig und ohne wenigstens vorläufige Feststellung eines bestimmten Betrages sogar schlechthin unstatthaft sind (zu vgl. Entsch. des RVA. v. 10. 10. 16, Entsch. u. Mitt. Bd. 8 S. 388). Die getroffene Entscheidung ist allerdings nicht, wie der Einsender meint, „rechtsunwirksam", sondern der Rechtskraft fähig. Zu vgl. Hanow-Lehmann Anm. 2 und 4 zu § 1668 RVO.

Wir sind auf diese Frage hier deshalb ausführlicher eingegangen, weil Verstöße dieser Art, die geeignet sind, Rechtsunsicherheit statt Klarheit zu schaffen und die Prozesse zu vermehren, leider recht häufig vorkommen.

B. Zur Unfallversicherung.

Betriebsunfall trotz verbotswidrigen oder unvernünftigen Verhaltens des Versicherten.

Urteil des **Reichsversicherungsamts** — Großen Senats — vom 20. Dezember 1919.

Die Verweisung der Sache an den Großen Senat ist nach § 1717 RVO. begründet, da der 13. Rekurssenat von der Entscheidung des 17. Rekurssenats vom 12. April 1916 in einer grundsätzlichen Rechtsfrage abweichen wollte.

Der auf § 1723 Nr. 6 RVO. gestützte Antrag der . . . Berufsgenossenschaft auf Wiederaufnahme des durch die rechtskräftige Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. November 1917 abgeschlossenen Verfahrens ist rechtzeitig gestellt. Die Akten des Landgerichts Cleve über den Rechtsstreit zwischen dem Verletzten und der H. Straßenbahn-Gesellschaft, welche die Niederschrift über die Beweisaufnahme vom 3. Juni 1916 und das Urteil der ersten Zivilkammer des bezeichneten Gerichts vom 20. Oktober 1916 enthalten, sind am 22. März 1918 in die Hände der Berufsgenossenschaft gelangt, die damit erst den Anfechtungsgrund erfahren hat. Am 21. April 1918 ist ihr Wiederaufnahmeverfahren beim Reichsversicherungsamt eingegangen. Die Fristen des § 1728 RVO. sind hiernach gewahrt.

Der Antrag ist jedoch nicht zulässig. Zwar stellen die bezeichneten Akten, insbesondere die darin enthaltenen erwähnten beiden Schriftstücke, Urkunden im Sinne des Gesetzes dar, welche die Berufsgenossenschaft erst nachträglich aufgefunden hat. Auch hat sie den Anfechtungsgrund ohne ihr Verschulden nicht schon in dem früheren Verfahren geltend machen können (§1725 RVO.). Es kann aber nicht anerkannt werden, daß die Urkunden eine der Berufsgenossenschaft günstigere Entscheidung herbeigeführt haben würden. Denn die durch die Zivilprozeßakten bewiesene Tatsache, daß der Verletzte am 17. Juni 1915 nicht, wie in dem damaligen Rekursverfahren angenommen ist, von der Straßenbahn infolge eines Ruckes heruntergefallen, sondern von dem in voller Fahrt befindlichen Wagen abgesprungen und dabei verunglückt war, kann eine abweichende Beurteilung des vorliegenden Falles nicht begründen. Das Verhalten des Verletzten, mag es auch sowohl gegen das allgemeine Verbot des Abspringens von einer fahrenden Straßenbahn, als auch gegen vernünftige Überlegung verstoßen haben, steht seinem Entschädigungsanspruch nicht entgegen.

Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts über die Einwirkung eigenen Verschuldens der Verletzten auf das Zustandekommen von Unfällen hat sich stetig in einem für die Versicherten günstigeren Sinn entwickelt. Sie ging davon aus, daß nach der Ansicht des Gesetzes auch die Folge leichtsinnigen, selbst grobfahrlässigen Verhaltens entschädigt werden sollte, sofern der ursächliche Zusammenhang zwischen der unfallbringenden Tätigkeit und dem Betrieb gegeben war. Was insbesondere das verbotswidrige Handeln anlangt, so unterschied die Rechtsprechung ursprünglich zwischen Verboten und Vorschriften, die nur der Regelung und Beeinflussung der innerhalb des Betriebes sich vollziehenden Tätigkeiten galten, und solchen, welche den Betrieb abgrenzten oder ihn abzugrenzen geeignet waren. Während die Über-

tretung von Verboten der ersteren Art die Entschädigungsansprüche der Versicherten nicht berührte, wurde Zuwiderhandeln gegen die letzteren, sofern sie wirksam durchgeführt waren, als ein Hinausschreiten aus dem Bereiche des Betriebes und seiner Gefahren und als ein Sichloslösen des Versicherten vom Betriebe angesehen. Damit hinderte der Versicherte, wie angenommen wurde, die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs, denn die Gefahr habe dann als eine selbstgeschaffene und mit dem Betriebe nicht mehr ursächlich zusammenhängende zu gelten (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 2. Aufl. S. 35 Anm. 39 zu § 1 UnfVersGes. vom 6. Juli 1884 und Rekursentsch. 1823. Amtl. Nachr. 1900 S. 177). Diese unterschiedliche Beurteilung eines verbotswidrigen Verhaltens hat der Erweiterte Senat in der Rekursentscheidung 1903, Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1902 S. 674 beseitigt. Bei an sich zweifellos dem Betriebe zuzurechnenden Verrichtungen wollte er den zur Anerkennung eines Betriebsunfalls erforderlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Betrieb nicht dadurch als ausgeschlossen erachten, daß der Verletzte einem gehörig durchgeführten zur Abgrenzung des Betriebes geeigneten Verbot zuwidergehandelt und dabei den Unfall erlitten habe. Da das Gesetz, abgesehen von dem auf Herbeiführung des Unfalls gerichteten Vorsatz, einen vom Verschulden des Versicherten ganz unabhängigen Anspruch einführen wollte, ließ sich nach Ansicht des Erweiterten Senats die Ausschließung dieses Anspruchs selbst bei bewußtem Übertreten eines auf Abgrenzung des Betriebs gerichteten Verbots durch einen im übrigen für den Betrieb tätigen Arbeiter nicht rechtfertigen (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 79, Anm. 32 zu § 1 GewUnfVersGes.). Diese Rechtsprechung betraf aber im wesentlichen nur Unfälle, die sich innerhalb des Gefahrenbereichs des Betriebs ereigneten, nicht dagegen Unfälle der Versicherten auf Betriebswegen und -reisen, auf denen weniger Verstöße gegen Verbote des Unternehmers, als vielmehr gegen solche allgemeiner Art und gegen vernünftige Überlegung und Brauch in Frage kamen. Unfälle auf solchen Wegen wurden dann nicht als Betriebsunfälle anerkannt, wenn die Art der Fortbewegung in unangemessener Weise vor sich ging und nicht ordnungsmäßige Beförderungsmittel oder an sich ordnungsmäßige nicht sachdienlich benutzt worden waren. So ist wiederholt ein Betriebsunfall verneint worden in Fällen, in denen es sich um das Abspringen von einem fahrenden Straßenbahnwagen gehandelt hat (zu vgl. Handb. der Unfallvers. I S. 99 bis 102, Anm. 45 zu § 1 GewUnfVersGes. und insbesondere Rekursentsch. 2039, Amtl. Nachr. 1904 S. 346). Bei der Beratung der Reichstagskommission über den Entwurf einer Reichsversicherungsordnung wurde beantragt, dem § 575 des Entwurfs (§ 556 des Gesetzes) einen Absatz folgenden Wortlauts hinzuzufügen: „Fahrlässigkeit selbst grober Art oder verbotswidriges Handeln schließt den Ersatz des Schadens nach § 574 nicht aus. Der Antrag wurde damit begründet, daß das Reichsversicherungsamt den Anspruch eines Arbeiters, der auf einer Betriebsfahrt von der Straßenbahn abgesprungen und dabei verunglückt sei, abgewiesen habe, weil der Unfall durch verbotswidriges Handeln im Betriebe — Abspringen von der Straßenbahn sei überall verboten — erfolgt sei. Ein Regierungsvertreter widersprach diesem Antrag und stellte zunächst richtig, daß sich die erwähnte Entsch. des Reichsversicherungsamts (gemeint ist offenbar die oben angezogene Rekursentscheidung 2039) nicht auf verbotswidriges Handeln des Verletzten, sondern auf die nicht ordnungsmäßige Benutzung eines an sich statthaften Beförderungsmittels und die dadurch bedingte Lösung des Zusammenhangs mit dem Betrieb stützte. Er erörterte dann die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts auf dem bezeichneten Gebiet und wies nach, daß der Antrag weit über diese Rechtsprechung hinausginge, indem er die Frage, ob durch fahrlässiges oder verbotswidriges Handeln der Zusammenhang mit dem Betrieb gelöst werden könne, schlechthin verneine und hier den räumlichen und zeitlichen Zusammenhang allein entscheiden lasse. Trotz dieser Ausführungen nahm die Kommission den Antrag in erster Lesung an. In der zweiten wurde er wieder gestrichen, nachdem § 566 (§ 544 des Gesetzes), ein zweiter Absatz: „Verbotswidriges Handeln schließt die Annahme eines Betriebsunfalls nicht aus" hinzugefügt worden war. Von einem Regierungsvertreter wurde hierzu bemerkt, daß das Justizressort diese Regelung aus Gründen der juristischen Systematik angeregt habe. Der ganze in erster Lesung zu § 575 des Entwurfs beschlossene Absatz 2, auch soweit er sich auf Fahrlässigkeit beziehe, habe hiernach wegzufallen. Auf Anfrage bestätigte der Regierungsvertreter, daß eine sachliche Änderung damit nicht bezweckt werde (zu vgl. Verhandl. des Reichstags 12. Legislaturperiode, 2. Session, Bd. 279, S. 4792/93, 4788). Was der Gesetzgeber mit der jetzigen Fassung der in Frage kommenden Vorschriften beabsichtigt hat, läßt sich aus diesen Verhandlungen nicht mit voller Bestimmtheit entnehmen. Der Antrag war gestellt zu § 575 des Entwurfs, der von der Ausschließung des Entschädigungsanspruchs bei vorsätzlichem Herbeiführen des Unfalls handelt. Daher beruhte er vielleicht auf der irrigen Voraussetzung, daß nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts verbotswidriges oder fahrlässiges Handeln einen dem Vorsatz gleichen Ausschließungsgrund bilde. Wie dem auch sein mag, kann das Ergebnis, zu dem der Antrag schließlich geführt hat, nämlich die Einfügung eines Absatz 2 zu dem vom Betriebsunfall handelnden § 566 des Entwurfs (§ 544 des Gesetzes) nur bedeuten, den im Absatz 1 a. a. O. nicht näher festgelegten Begriff des Betriebsunfalls dahin zu begrenzen, daß bei Prüfung der Umstände, die für

und gegen die Annahme eines Betriebsunfalls sprechen, die Frage des verbotswidrigen Handelns auszuscheiden hat. Da schon nach der damaligen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts Zuwiderhandeln gegen ein Verbot des Unternehmers der Zurechnung der unfallbringenden, im Betriebsinteresse gelegenen Tätigkeit zum Betrieb nicht entgegenstand, so lief der neue Absatz im § 544 RVO. zunächst auf eine gesetzliche Festlegung dieser Rechtsprechung hinaus. Seine Tragweite geht aber weiter. Denn da verbotswidriges Handeln schlechthin als einflußlos bezeichnet wird und da auch der in der Kommissionsverhandlung gestellte Antrag jedes eigene Verschulden der Versicherten beim Zustandekommen von Unfällen mit Ausnahme des Vorsatzes der rechtlichen Bedeutung entkleiden wollte, so liegt es im Willen des Gesetzgebers, durch die Vorschrift im § 544 Abs. 2 a. a. O. Verbote aller Art, auch strafrechtliche und Verbote Dritter, zu erfassen. Dafür spricht auch die Vorschrift im § 557 Abs. 1 RVO. über die Versagung des Schadenersatzes bei strafrechtlichen Verfehlungen. Sie hätte keinen Sinn, wenn beim Übertreten strafrechtlicher Verbote ein Betriebsunfall von vornherein ausgeschlossen wäre. Die vorstehend dargelegte Beurteilung der versicherungsrechtlichen Folgen eines verbotswidrigen Handelns hat aber bei folgerichtiger Entwicklung des gesetzgeberischen Gedankens auch bei anderen Fällen eigenen Verschuldens des Versicherten bei dem Zustandekommen von Unfällen Platz zu greifen. Besonders bei einem Verhalten, welches zwar nicht gegen ein ausdrückliches Gebot oder Verbot, aber doch gegen vernünftige Überlegung und Brauch verstößt. Vielfach wird es sich hier sogar um einen geringen Grad des Verschuldens des Versicherten, als beim bewußten Übertreten eines Gebots oder Verbots handeln. Es wäre unbillig, in solchen Fällen strengere Grundsätze anzulegen. Aus der Vorschrift des § 544 Abs. 2 RVO. und aus seiner Vorgeschichte läßt sich aber nicht die Ansicht herleiten, daß damit das Erfordernis eines ursächlichen Zusammenhangs des Unfalls mit dem Betrieb beseitigt werden und statt dessen fortan ein örtlicher und zeitlicher Zusammenhang genügen sollte. Mit dieser Auffassung wäre auch den Versicherten nicht gedient, da in zahlreichen Fällen auf Betriebswegen die zeitliche und örtliche Beziehung zum Betriebe fehlen wird. Vielmehr ist daran festzuhalten, daß Unfälle beim Betriebe nur solche sind, welche mit ihm in ursächlichem Zusammenhang stehen. Es bleibt somit auch nach der Reichsversicherungsordnung zu prüfen, ob eine unfallbringende Tätigkeit, die sich als schuldhaftes Handeln darstellt, dem Betriebe zuzurechnen ist oder nicht. Ersteres wird im allgemeinen anzunehmen sein, wenn der ursächliche Zusammenhang mit dem Betrieb auch sonst besteht. Nur dann wird die Zurechnung zum Betriebe abzulehnen sein, wenn besondere betriebsfremde Zwecke auf Absicht und Verhalten des Versicherten derart eingewirkt haben, daß die Beziehung jener Tätigkeit zum Betrieb bei der Bewertung der Unfallursachen als unerheblich ausgeschieden werden muß. Letzteres träfe zu, wenn beispielsweise ein Unfall sich ereignete, indem ein versicherter Arbeiter auf einem Betriebsweg in der Fabrik einen verbotenen Bezirk betritt, um sich mit seinem Mut zu brüsten, oder indem eine versicherte Arbeiterin auf einem Betriebsgange einen verbotenen Durchgang oder Lastenaufzug benutzt, um mit ihrem dort beschäftigten Liebhaber ein Stelldichein zu verabreden, oder wenn ein versicherter Monteur auf einer Betriebsreise aus dem in voller Fahrt befindlichen Selbstfahrer springt, um seine sportliche Gewandtheit zu zeigen. In allen diesen Fällen hätte zwar die Beschäftigung in dem oder für den Betrieb insofern bei der Entstehung des Schadens mitgewirkt, als sie die Gelegenheit dazu bot. Nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (zu vgl. Rekursentsch. 2585, Amtl. Nachr. 1912 S. 930) können jedoch als Ursache oder Mitursache im Rechtssinn nur Umstände angesehen werden, die zum Erfolg wesentlich mitgewirkt haben. Demgemäß würde bei jedem der oben angeführten Beispiele gegenüber dem betriebfremden Zweck der unfallbringenden Tätigkeit der Betrieb selbst als ein unwesentliches, rechtlich nicht mehr beachtliches Glied in der Ursachenreihe anzusehen sein.

Nach diesen Darlegungen läßt sich der Grundsatz der Rekursentscheidung vom 10. Februar 1916 — Ia 7391/14 — in Sachen H. gegen die Knappschafts-Berufsgenossenschaft, daß mutwilliges und leichtfertiges Verhalten der Versicherten an sich geeignet sei, den Zusammenhang einer Tätigkeit mit dem Betrieb auszuschließen, in dieser allgemeinen Fassung nicht aufrechterhalten. Für den hier zu entscheidenden Fall folgt vielmehr aus dem vorstehenden, daß das gegen vernünftige Überlegung und, wie angenommen werden kann, auch gegen ein Verbot verstoßende Abspringen des Verletzten von der in voller Fahrt befindlichen Straßenbahn der Zurechnung der unfallbringenden Tätigkeit zum Betriebe nicht entgegensteht. Denn es fehlt an jedem Anhalt, daß betriebsfremde Zwecke für das Verhalten und die Absicht des Verletzten irgendwie bestimmend gewesen sind. Letztere ging vielmehr offenbar nur dahin, den Weg nach der Wohnung abzukürzen, um dort die bessere Kleidung mit dem Arbeitsanzug zu vertauschen und sich alsdann wieder in die Fabrik zu begeben. Der Unfall des W. vom 17. Juni 1915 ist daher auch nach dem Sachverhalt, den die der Berufsgenossenschaft nachträglich bekanntgewordenen Akten ergeben, als Betriebsunfall anzuerkennen.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Verordnung des Reichsarbeitsministers, betreffend Übergangsvorschriften zur Angestelltenversicherung. Vom 6. Januar 1920 (RGBl. S. 131).

Auf Grund der die wirtschaftliche Demobilmachung betreffenden Befugnisse wird nach Maßgabe des Erlasses, betreffend Auflösung des Reichsministeriums für wirtschaftliche Demobilmachung, vom 26. April 1919 (RGBl. S. 438) folgendes verordnet:

Art. I. — § 1 der Verordnung, betreffend die Durchführung des § 392 Abs. 3 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zugunsten berufsunfähiger Kriegsteilnehmer, vom 14. Juni 1916 (RGBl. S. 517) erhält folgenden vierten Absatz:

> Der Antrag nach Abs. 1 ist innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (Abs. 1 Ziff. 2) zu stellen. Die Frist beginnt jedoch nicht vor Schluß desjenigen Kalenderjahres zu laufen, in dem der Krieg beendet ist.

Art. II. — Hinter § 1 der Verordnung über Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1079) wird folgende Vorschrift als § 1a eingefügt:

> § 1a.
>
> Die Vorschriften des § 1 gelten hinsichtlich einer während der Dauer des Kriegszustandes angenommenen, an sich nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte versicherungspflichtigen Tätigkeit auch bis zum Ablauf des sechsten Monats nach Beendigung des Krieges.

Art. III. — Im § 4 der Verordnung über Verlängerung von Fristen in der Angestelltenversicherung vom 28. März 1918 (RGBl. S. 167) wird folgender Satz eingefügt:

> Hat sich jedoch der Versicherte die Beiträge erstatten lassen, so gilt § 3 für den Anspruch des Arbeitgebers aus § 209 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte auch insoweit, als dieser Anspruch am Tage der Verkündung der Verordnung vom 28. März 1918 bereits verjährt war.

Art. IV. — Bis zu dem Zeitpunkt, in dem die auf Grund der nächsten Wahlen gewählten ehrenamtlichen Beisitzer des Rentenausschusses, Schiedsgerichts und Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung ihr Amt antreten, bestimmt der Verwaltungsrat der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte weitere Ersatzmänner in der erforderlichen Zahl, die bei Behinderung der gegenwärtig vorhandenen ehrenamtlichen Beisitzer eintreten.

Diese Ersatzmänner sind aus den Vertrauensmännern und deren Ersatzmännern zu entnehmen und sollen am Sitze der im Abs. 1 bezeichneten Spruchbehörden oder in dessen näherer Umgebung ihren Wohnsitz haben. Die Vorsitzenden der Spruchbehörden bestimmen die Reihenfolge, in der die Ersatzmänner zu den Sitzungen zuzuziehen sind.

Im übrigen finden auf die Ersatzmänner die Vorschriften Anwendung, die für die gegenwärtig vorhandenen ehrenamtlichen Beisitzer gelten.

Art. V. — Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung und mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Beiträge zur Angestelltenversicherung

sind im Postscheckverkehr einzuzahlen mittels besonderer (roter) Zahlkarten, auf denen die Nummer des Kontos der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte aufgedruckt ist und die der Arbeitgeber bei seiner Postanstalt erhält. Die Erläuterungen zur Ausfüllung und Benutzung sind auf der Rückseite der Zahlkarten angegeben. Inhaber von Postscheckkonten können die Beiträge auch durch Überweisung entrichten. Dazu sind die gewöhnlichen Überweisungsvordrucke zu benutzen, von denen der anhaftende Abschnitt vom Kontoinhaber abzutrennen und zu beseitigen ist. Statt dieses Abschnitts ist der Überweisung bei der Übersendung an das Postscheckamt ein besonderer Gutschriftzettel beizufügen. Diese Gutschriftzettel werden in Blocks zu 50 Stück — zum Preise von 10 Pf. für einen Block — von den Postscheckämtern an die Kontoinhaber abgegeben.

Der Arbeitgeber hat auf der Vorderseite des Zahlkartenabschnitts (bzw. des Gutschriftzettels) seinen Namen, Wohnort (Betriebssitz), Straße, Postanstalt und den Beitragsmonat genau und leserlich, wenn möglich mittels Stempel, anzugeben, und zwar in genauer Übereinstimmung mit seinen Angaben auf den Nachweisungen bzw. Veränderungsanzeigen. Er hat ferner die auf der Rückseite der Zahlkartenabschnitte (bzw. Gutschriftzettel) befindliche Kontrollübersicht, die zur Nachprüfung der Beitragssumme dient, auszufüllen.

Als Quittung über die eingezahlten Beiträge dient der Posteinlieferungsschein (bzw. der Lastschriftzettel des Postscheckamtes).

Ein Gesetzentwurf, betreffend Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte

nebst einer ausführlichen Begründung ist vom Hauptausschuß für die soziale Versicherung der Privatangestellten,

dessen Bestrebungen von 1905 bis 1911 bekanntlich in dem letztgenannten Jahre den Erlaß des Versicherungsgesetzes für Angestellte herbeigeführt haben und der heute mit 22 Angestelltenverbänden aller Berufe nach wie vor die große Mehrheit der organisierten Angestellten umfaßt, der Nationalversammlung unterbreitet worden. Der Entwurf will den dringenden Bedürfnissen Rechnung tragen, die sich aus den Erfahrungen mit der Versicherung während ihres nun siebenjährigen Bestehens und insbesondere aus den Umwälzungen im Rechts- und Wirtschaftsleben Deutschlands für die Angestellten ergeben haben. Drei Grundforderungen werden erhoben: Als erste die Anpassung des Umfanges der Versicherung und damit der Beiträge und Leistungen an die veränderten sozialen Verhältnisse; hieraus sich ergebend die Beseitigung des doppelten Versicherungszwanges für Angestellte bei ihrer Sonder- und bei der allgemeinen Invalidenversicherung zugunsten der Sonderanstalt; als dritte und am schärfsten betonte Forderung die Ausgestaltung der bescheidenen Anfänge von Selbstverwaltung der Versicherten und ihrer Arbeitgeber zum wirklichen Selbstbestimmungsrecht unter einer sich auf die Wahrung der allgemeinen Interessen beschränkenden, von bürokratischen Machtansprüchen freien Staatsaufsicht.

Hinzu treten Vorschläge für e i n z e l n e Verbesserungen, so die Verweisung unständig Beschäftigter von der Pflichtversicherung auf die freiwillige Versicherung, Erleichterungen für die Erhaltung der Anwartschaft, desgleichen für die Gewährung bestimmter Leistungen, und eine Dezentralisation durch ausgiebigere Zuziehung von Vertrauensmännern und Rentenausschüssen.

Der versicherungspflichtige Personenkreis soll in Zukunft durch keine Höchstgrenze des Jahresarbeitsverdienstes mehr beschränkt sein; lediglich gewisse höhere Angestellte mit mehr Arbeitgeber- als Angestellteneigenschaft will der Hauptausschuß frei lassen; nämlich bevollmächtigte Betriebsleiter, die Mitglieder des Vorstandes bei juristischen Personen, und die Geschäftsführer von Gesellschaften m. b. H., sofern ihr Jahresarbeitsverdienst 20 000 ℳ übersteigt. Weniger aus Rücksicht auf die Geldentwertung als aus Gründen des sozialen Bedürfnisses und der Standesgemeinschaft aller Angestellten ist diese anscheinend hohe Grenze gewählt worden. Gleichzeitig sollen der Einbeziehung der höheren Einkommen in die Versicherungspflicht die Versicherungsbeiträge folgen bis zu einer Grenze, die mit den daraus erwachsenden Renten und sonstigen Leistungen wenigstens schwere Notstände zu verhindern vermag. Deshalb werden neue Versicherungsklassen bis zu einer Höchstklasse von 12 001 und mehr Mark vorgeschlagen.

Zur Aufhebung der Doppelversicherung führt die Denkschrift aus: „Als das V. G. f. A. geschaffen wurde, haben wir uns damit abfinden müssen, daß die der Invalidenversicherung bereits unterliegenden Angestellten darin verblieben, ja sogar mit gekürzten Beiträgen und demgemäß geringeren Leistungsansprüchen bei der Angestelltenversicherung beteiligt wurden. Immerhin konnten die so aus zwei Versicherungen gewährten Bezüge und die damit verbundene Gewährung der bei der Invalidenversicherung bestehenden Rentenzuschüsse des Reiches uns die getroffene Regelung als annehmbares Kompromiß erscheinen lassen. Die Unterschiede der Voraussetzungen für Leistungsansprüche in den beiden Versicherungen haben jedoch den Wert der Doppelversicherung im Urteil weiter Kreise der Angestellten mehr und mehr herabgemindert. Das gilt besonders seit dem neueren Umsturz unserer Volkswirtschaft, der die Wertschätzung des Reichszuschusses vollends untergraben hat.

Den von allen Angestellten, gleichviel welchen Berufes und welcher politischen Richtung, für nötig befundenen Versicherungsschutz nach Maß und Art in der Doppelversicherung oder gar in der Invalidenversicherung allein zu erreichen, ist völlig ausgeschlossen. Die Grundlagen des Ruhegeldes, der Hinterbliebenenversorgung, des Heilverfahrens usw. würden unmöglich von der Angestelltenversicherung auf die Invalidenversicherung übertragbar sein, ebensowenig der Umfang der Versicherung und die zu versichernden Einkommenstufen, und zwar nicht einmal in der bisherigen gesetzlichen Ausdehnung, geschweige denn mit den von der Angestelltenschaft einmütig geforderten Erweiterungen. Berufsunfähigkeit nach der Angestellten- und Erwerbsinvalidität nach der Invalidenversicherung sind so verschiedene Begriffe in ihrer Anwendung auf Angestellte, daß auf den erstgenannten Begriff für die Beurteilung seiner Ansprüche kein Angestellter verzichten wird, sobald er selbst und die Pflicht gegen seine Angehörigen in Frage kommt. Erst recht befremden würde es die Angestellten, von der für sie ungünstigeren Invalidenversicherung noch stärker als bisher beitragspflichtig gemacht zu werden. Da dürfte es schon richtiger sein, ihren gesamten Beitragsaufwand einer einzigen Versicherung zuzuführen und diese weiter auszugestalten."

Bemerkenswert ist vor allem das kategorische Verlangen des Hauptausschusses nach Selbstverwaltung für die Angestelltenversicherung. Er gibt damit eine Parole aus, die in der Gegenwart starken Widerhall weckt und für die er unter grundsätzlichen Gesichtspunkten Kampfgenossen in den verschiedensten Lagern finden dürfte. So in freigewerkschaftlichen Kreisen, deren Vertreter 1919 in Nürnberg auch für andere Versicherungszweige einschneidende Reformen, wie ein freieres Finanzrecht und die Wählbarkeit sämtlicher Versicherungsorgane einschließlich der beamteten, gefordert haben, obschon dort ein größeres Maß von Selbstverwaltung als in der Angestelltenversicherung bereits gesetzlich besteht. Auch in kommunalen Kreisen, deren im letzten Jahrzehnt organisierter Widerstand gegen das Umsichgreifen der Aufsichtsgewalt des Staates neuerdings durch eine Verwaltungsreform die Staatsaufsicht wieder auf ihren ursprünglichen Zweck des Schutzes fremder und des Ausgleichs widerstreitenden Interessen zurückdämmen will. Schließlich und vollends bei allen Vertretungen von Industrie, Landwirtschaft und Handel, mit denen die im Hauptausschuß verkörperte Richtung der Angestelltenbewegung ihre volle Solidarität in dem Verlangen, daß die Reorganisation der nationalen Gütererzeugung auf die Selbstverwaltung der Beteiligten zu gründen sei, wiederholt kundgegeben hat.

Die erstrebte Selbstverwaltung umfaßt zwei Kernpunkte: Rückkehr zu dem Vorentwurf des heutigen Gesetzes vom Frühjahr 1911, worin der jetzt kaum mehr als einen Sachverständigen-Beirat darstellende Verwaltungsrat gemäß den damaligen Forderungen der Angestelltenverbände als Überwachungsorgan der Geschäftsführung anerkannt war; sodann die Bestellung dieses Organs zum Wahlkörper für die Direktorial- und sonstigen höheren Beamten.

Mit dem Vorschlag, Direktorium und höhere Beamte wählbar zu machen, folgt der Entwurf des Hauptausschusses, unterstützt durch einstimmigen Beschluß der Arbeitgeber- und der Angestelltenvertreter im gegenwärtigen Verwaltungsrat, kommunalen und anderen Vorbildern der Gesetzgebung, ebenso mit der Wahldauer und der Zulassung der Wahl auf Lebenszeit nach halbem Ablauf der ersten Wahlperiode,

endlich auch mit der dem Reichspräsidenten vorbehaltenen Bestätigung der Wahlen von Reichs wegen. Bei einem Vergleich mit anderen wählbar gewordenen und nicht wie hier nur aus Mitteln der Beteiligten bezahlten Ämtern, deren Machtbereich dagegen sich nicht einmal wie hier im wesentlichen auf die Beteiligten innerhalb der Volksgesamtheit beschränkt, bedarf die fundamentale Berechtigung jener Forderung kaum noch eines Beweises, sofern man überhaupt politische Errungenschaften der Zeit auch für die Angestelltenversicherung gelten lassen will. Nach der Denkschrift gilt es, „eine ängstliche, lediglich verwaltende, wenig schöpferische Geschäftsführung, die so von der Reichsregierung schwerlich selbst gewollt sein kann und auch von keiner früheren Regierung trotz aller bürokratischen Auffassungen gewollt sein dürfte, frei zu machen zu entschlußfreudigem Schaffen".

Endlich fordert die Denkschrift für den Verwaltungsrat stärkeren Einfluß auf die Vermehrung der Rentenausschüsse und die Festsetzung ihrer Sitze und Bezirke. Mit den Vertrauensmännern Hand in Hand sollen die Rentenausschüsse Träger für eine fruchtbringende Dezentralisation des Betriebes der Angestelltenversicherung sein. Der Einrichtung der in allen Bezirken unterer Verwaltungsbehörden von den Versicherten und ihren Arbeitgebern unmittelbar gewählten Vertrauensmännern stellt die Denkschrift ein angesichts der Schwierigkeiten der Kriegszeit doppelt beachtenswertes Bewährungszeugnis aus. In Angelegenheiten der Versicherungspflicht, des Heilverfahrens, der Beitragseinziehung und in sonstigen Dingen haben sie sich wirklich das Vertrauen der Beteiligten in einem Maße erworben, wie es ein Beamtenapparat nur viel schwerer vermöchte. Ihr freiwilliger Zusammenschluß in Ortsausschüssen soll daher gesetzlich geregelt und durch Geschäftsstellen an größeren Plätzen noch für weitere Aufgaben nutzbar gemacht werden.

Der Hauptausschuß läßt grundsätzlich keinen Zweifel darüber, daß die Angestelltenbewegung um das Selbstbestimmungsrecht der Beteiligten in ihrer Versicherung kämpfen wird, bis es erreicht ist. Gegebenenfalls werden die nächsten Versicherungswahlen unter dieser Parole stehen und dürften auch andere Wahlen von ihr nicht unberührt bleiben.

Th.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Wochenfürsorge steht der minderbemittelten Wöchnerin auch zu, wenn das Kind im Ehebruch erzeugt ist.

1. Nach Mügeln. Antwort: Daß die Frau von ihrem Manne getrennt lebt, ohne gerichtlich geschieden zu sein, und daß nach den Umständen angenommen werden muß, daß das von ihr geborene Kind von einem anderen Manne, also im Ehebruch erzeugt worden ist, dies kann nach Wortlaut und Zweck des Gesetzes die Versagung der Wochenfürsorge gemäß §§ 17 ff. Ges. v. 26. 9. 19 nicht rechtfertigen, wenn die Frau minderbemittelt im Sinne des § 17 ist. In diesem Sinne hat auf dem Gebiete der Kriegswochenhilfe das Reichsversicherungsamt entschieden (ArbVers. 1917; zu vgl. auch ArbVers. 1915 S. 212, 715, und die Entsch. des Knappsch. Schiedsger. Breslau, ArbVers. 1916 S. 344), und es liegt kein Grund vor, die Frage nach dem Ges. v. 26. 9. 19 anders zu beurteilen.

Umfang der freien ärztlichen Behandlung „bei der Niederkunft" nach § 195c RVO.

2. Nach Neiße. Frage: Unsere Kasse gewährt allen Wöchnerinnen statt der baren Beihilfen nach § 195a Nr. 1 und 3 RVO. freie Behandlung durch Hebamme und Arzt bei der Niederkunft nach der Vorschrift des § 195c RVO. (Gesetz vom 26. 9. 1919). Es sind hier Zweifel entstanden, in welchem Umfange die ärztlichen Leistungen durch die Kasse im Rahmen der Familienwochenhilfe und der Wochenfürsorge zu übernehmen sind. Gehören hierzu Verrichtungen wie: Entfernung der Nachgeburt ohne Entbindung, Behandlung einer Blutung nach der Geburt ohne Entbindung, Operation eines frischen Dammrisses?

Antwort: Die Frage ist zu bejahen. Es handelt sich um ärztliche Leistungen, die im Anschluß an die eigentliche Entbindung bei einer normal verlaufenden Niederkunft nicht selten vorkommen. Die Worte „bei der Niederkunft" bedeuten „aus Anlaß der Niederkunft" (zu vgl. die Entscheidungen des RVA. in ArbVers. 1916 S. 300 Anm., und S. 518; auch Auskunft im Jahrg. 1919 Heft 36 S. 719 Ziff. 7a). Auf Grund dieser Auffassung müssen die in Frage stehenden ärztlichen Leistungen noch zu denjenigen gerechnet werden, die als Wochenhilfe oder Familienhilfe oder Wochenfürsorge nach §§ 195c, 205a Abs. 2, § 19 Satz 3 Ges. v. 26. 9. 19 zu gewähren sind.

Kein Wegfall der Familienwochenhilfe nach § 205a RVO., wenn nach der Niederkunft die häusliche Gemeinschaft endet.

3. Nach Aachen. Antwort: Die Fassung des § 205a RVO. — „Versicherungsfreie Ehefrauen usw. der Versicherten, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten als Wochenhilfe die im § 195a bezeichneten Leistungen" — läßt allerdings die Möglichkeit der Auffassung zu, daß die Leistungen nur gewährt werden, solange die häusliche Gemeinschaft besteht. Aber zwingend ist diese Auslegung des Wortlautes nicht. Er läßt vielmehr ebensowohl die

Auffassung zu, daß die im § 195a bezeichneten Leistungen, also die Leistungen für die volle Bezugsdauer, zu gewähren sind, wenn nur im Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs, also bei der Niederkunft, die Voraussetzung der häuslichen Gemeinschaft gegeben ist, und diese Annahme entspricht dem, was bisher für die Familienhilfe nach § 205 RVO. im allgemeinen, wenn die Satzung sie nur den im Haushalt des Versicherten lebenden Familienmitgliedern zubilligte, als der Natur des Verhältnisses entsprechend angesehen wurde (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1898 S. 476). Wir nehmen daher nicht an, daß die Familienwochenhilfe endet, wenn die häusliche Gemeinschaft nach der Niederkunft aufhört, insbesondere wenn der Versicherte stirbt. Selbstverständlich behält die Kasse auch wegen der weiteren Leistungen den Erstattungsanspruch gegen das Reich zur Hälfte nach § 205d.

Familienwochenhilfe oder Wochenfürsorge?

4. **Nach B. K.** Antwort: Wenn der Ehemann der Wöchnerin bereits vor der Niederkunft seiner Frau die versicherungspflichtige Arbeit eingestellt und der Arbeitgeber ihn deshalb „ab 3. Januar" bei der Kasse abgemeldet hatte, so muß angenommen werden, daß beide über die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses einverstanden waren, daß daher auch die Versicherung bei der Kasse mit dem 3. Januar endete und daß folglich wegen der am nächsten Tage eingetretenen Entbindung der Frau nicht Familienwochenhilfe nach § 205a RVO., sondern nur Wochenfürsorge nach § 17 Ges. v. 26. 9. 19 in Frage kommen kann. Die Bescheinigung des Arbeitgebers, daß er nicht gekündigt und in der Erwartung der Wiederaufnahme der Arbeit die Abmeldung „ab 3. Januar" erst am 14. Januar erstattet habe, ist ohne Bedeutung, da der Arbeitgeber zugleich ausdrücklich bestätigt, daß die Arbeit wegen fortdauernder Verhinderung des Arbeitnehmers tatsächlich nicht wieder aufgenommen wurde.

„Häusliche Gemeinschaft" im Sinne des § 205a RVO. — Keine Verlängerung der Mitgliedschaft nach § 311 RVO. im Falle des § 214.

5. **Nach Schmölln.** Antwort: a) Die seit mehr als zwei Jahren auswärts beschäftigte unverehelichte Kontoristin hat sich nach Austritt aus der letzten Beschäftigung etwa fünf Wochen vor ihrer Niederkunft offenbar nur mit Rücksicht auf dieses bevorstehende Ereignis zu den Eltern begeben. Danach nehmen wir an, daß sie sich bei der Niederkunft zwar im Haushalt des versicherten Vaters aufgehalten, aber nicht mit ihm im Sinne des § 205a RVO. „in häuslicher Gemeinschaft gelebt" hat (zu vgl. ArbVers. 1920 Heft 4 S. 74 Ziff. 1). Wir verneinen daher den Anspruch auf Familienwochenhilfe.

b) Demgemäß hat Ihre Kasse, deren Pflichtmitglied die Kontoristin wurde, als sie 4½ Wochen nach der Entbindung wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung übernahm, ihr aus Anlaß der 11 Tage später eingetretenen Erkrankung an Blinddarmentzündung nur Krankenhilfe, nicht irgendwelche Leistung der Wochenhilfe zu gewähren. Ein Erstattungsanspruch der Kasse gegen das Reich kommt daher nicht in Frage.

c) Wenn die aus der Versicherung erwerbslos Ausscheidende ihre Weiterversicherung nach § 313 RVO. unterläßt, weil sie ihrer Entbindung noch in der Dreiwochenfrist des § 214 RVO. entgegensieht und also Anwartschaft auf das Wochengeld nach ihrem bisherigen hohen Grundlohn hat, so läßt sich dagegen nichts einwenden. Wenn sie aber meinte, die Weiterversicherung noch nach Ablauf der Bezugsdauer für das Wochengeld erklären und hierbei in eine niedere Lohnstufe übertreten zu können, so ist das ein Irrtum, weil die Dreiwochenfrist für die Weiterversicherung nach § 313 dann versäumt ist. Sie mochte geglaubt haben, daß ihr der § 311 RVO. zur Seite stehe, wonach Arbeitsunfähige, also auch Wöchnerinnen, welche Wochengeld beziehen, Mitglieder bleiben, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat. Das gilt aber selbstverständlich nicht, wenn die Leistungspflicht der Kasse auf § 214 RVO. beruht; denn in diesem Falle besteht ja eine Mitgliedschaft, die erhalten bleiben könnte, beim Eintritt des Versicherungsfalls (der Niederkunft) nicht mehr (zu vgl. Entsch. des preuß. ObVerwGer. in ArbVers. 1903 S. 129). Die Wöchnerin ist also des Rechts zur Weiterversicherung verlustig gegangen.

Begriff der „minderbemittelten" Wöchnerin (§ 17 Ges. v. 26. 9. 19).

6. **Nach Fr.** Antwort: Wir haben uns über die Frage schon in Heft 33 S. 659 Ziff. 3 geäußert und können im wesentlichen nur darauf verweisen. Das Wort „oder" läßt nur die Deutung zu, daß die Wöchnerin schon dann als minderbemittelt gilt, wenn die Berechnung für einen der beiden Zeiträume (Kalenderjahr „oder" Steuerjahr vor der Entbindung) ein Gesamteinkommen ergibt, das den im § 17 des Ges. v. 26. 9. 19 bezeichneten Betrag nicht übersteigt. Die Meinung, daß als minderbemittelt nur gelten können, wer „weder" in dem einen „noch" in dem anderen Zeitraum ein höheres Einkommen hatte, ist eine gewaltsame Entstellung des aus der Wortfassung klar hervorgehenden Sinnes. Ergibt sich also im einzelnen Falle z. B. für das Kalenderjahr ein niedrigeres Einkommen, so erübrigt sich die Ermittlung des Einkommens für das Steuerjahr, und umgekehrt. Ergibt sich dagegen für den einen Zeitraum ein höheres Einkommen, so muß noch die Berechnung für den anderen Zeitraum erfolgen und die Wöchnerin als minderbemittelt gelten, wenn sich für diesen anderen Zeitraum ein den bestimmten Betrag nicht übersteigendes Einkommen herausstellt. Die für beide Zeiträume errechneten Beträge zusammenzurechnen und hiervon das Mittel, also die Hälfte zugrundezulegen, läßt sich in keiner Weise rechtfertigen.

„Minderbemittelt" im Sinne des § 17 Ges. vom 26. 9. 19.

7. **Nach Sulingen** (Bez. Bremen). Frage: Nach § 17 Ges. vom 26. 9. 19 erhalten minderbemittelte Wöchnerinnen die Wochenfürsorge, wenn ihr und das Einkommen des Ehemannes 2500 M usw. nicht übersteigt. Hier verlangen Häuslinge (Pächter von kleineren Landstellen) die Wochenhilfe als Minderbemittelte. Zur Einkommensteuer sind diese meistens nicht oder höchstens zu 6 bis 9 M veranlagt. Dabei besitzen sie meistens zwei Pferde, drei bis fünf Milchkühe und Kleinvieh. Dieses stellt nach den heutigen Verhältnissen immerhin einen Gesamtwert von 35 000 bis 45 000 M dar. Nach unserer Ansicht sind die Häuslinge nicht minderbemittelt, trotzdem sie so gut wie keine Steuern bezahlen, denn sie leben in ganz guten Verhältnissen. — Ebenso stellen „Haussöhne" oft das Ersuchen um Zahlung von Wochenhilfe. Die Haussöhne leben meistens im land-

wirtschaftlichen Haushalte ihrer Eltern. Sie arbeiten auf dem Hofe ihres Vaters und werden von diesem vollständig unterhalten. Zur Steuer sind die Haussöhne nicht veranlagt, wohl dagegen die Eltern. Wir haben die Haussöhne, wenn die Eltern mit einem Einkommen von über 2500 ℳ zur Steuer veranlagt sind, mit ihren Ansprüchen bisher abgewiesen, weil in solchen Fällen der begüterte Vater einzuspringen habe. Ist unsere Handlungsweise richtig?

Antwort: Nein! Es kommt nach § 17 nicht auf das Vermögen, sondern auf das Einkommen an, und zwar nur auf das Einkommen der Wöchnerin und ihres Ehemannes, nicht also auf das Einkommen irgendwelcher anderer Angehöriger. Daß die Schwiegereltern der Wöchnerin mit mehr als 2500 ℳ zur Einkommensteuer veranlagt sind, ist unerheblich.

Kein Ersatzanspruch des Reichs wegen Wochenfürsorge für eine verheiratete Frau, die ein Kind von einem fremden Manne hat.

8. Nach Perleberg. Antwort: Obwohl der Ehemann der Wöchnerin seit Jahren in der Gefangenschaft lebt und obwohl die Frau mit einem anderen Manne zusammenlebt und aller Wahrscheinlichkeit nach von ihm das Kind hat, gilt dieses Kind, solange die Ehelichkeit nicht mit Erfolg angefochten ist, als ehelich (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 212, 715). Von Familienwochenhilfe auf Grund der häuslichen Gemeinschaft mit dem Schwängerer (§ 205a RVO.) kann selbstverständlich nicht die Rede sein; folglich auch nicht von der Anwendung des § 205c. Es kann nur Wochenfürsorge nach §§ 17 ff. Ges. v. 26. 9. 1919 in Frage kommen; aber auch wegen dieser Leistungen besteht kein Ersatzanspruch gegen den Schwängerer auf Grund des § 21 des Ges., weil die Frau nicht eine „unverheiratete Wöchnerin" ist und der Mann, mit dem sie zusammenlebt, bis auf weiteres nicht als Vater des Kindes gilt.

Kein Anspruch auf Wochenhilfe auf Grund unzulässig angenommener Beiträge zur Weiterversicherung.

9. Nach Oker. Antwort: Wenn die Voraussetzungen für die freiwillige Weiterversicherung nach § 313 RVO. nicht gegeben waren, weil eine „versicherungspflichtige" Beschäftigung nicht vorangegangen war, so hat die Wöchnerin, obwohl die Kasse länger als drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat (§ 213 RVO.), keinen Anspruch auf irgendwelche Leistungen der Ortskrankenkasse (zu vgl. Entsch. des RVA. 2411, ArbVers. 1918 S. 210), also insbesondere auch keinen Anspruch auf Leistungen der Wochenhilfe nach § 195a. Die knappschaftliche Krankenkasse hat ihr dagegen die Familienwochenhilfe aus § 205a auf Grund der Mitgliedschaft des Ehemannes zu gewähren; und sie könnte dies selbst dann nicht ablehnen, wenn zugleich ein Anspruch aus § 195a gegen die Ortskrankenkasse begründet wäre. Denn in diesem Falle würde wahlweise der eine oder andere Anspruch erhoben werden können (zu vgl. Arb Vers. 1919 S. 618 Ziff. 3a und Müller das. S. 705).

Wählbarkeit von Kassenangestellten zum Vorstand eines Kassenverbandes.

10. Nach Aachen. Antwort: Aus unserer Auskunft im Heft 4 S. 80 Ziff. 25 kann nicht hergeleitet werden, daß besoldete Beamte der Einzelkassen nicht als Vorstandsmitglieder des Kassenverbandes wählbar seien. Die nach § 408 Abs. 2 RVO. allerdings gebotene Anwendung auch des § 21 Abs. 4 RVO. auf Kassenverbände kann nur bedeuten, daß die ehrenamtlichen Mitglieder des Verbandsvorstandes nicht zugleich besoldete Beamte des Verbandes sein dürfen. Denn der Grund der Vorschrift liegt in dem naheliegenden Konflikt der Pflichten, der entsteht, wenn ein Vertreter der Arbeitgeber oder der Arbeitnehmer zugleich das übergeordnete Ehrenamt und das diesem untergeordnete Amt eines besoldeten Angestellten bei derselben Kasse bekleiden dürfte (zu vgl. Gründe der Entsch. des RVA. 2437, ArbVers. 1918 S. 91). Ein solcher Konflikt aber liegt bei dem Kassenverbande nur vor, wenn ein Mitglied des Vorstandes dieses Verbandes zugleich besoldeter Angestellter desselben wäre, nicht auch dann, wenn er ein besoldeter Angestellter einer der verbundenen Kassen ist.

Krankengeld neben Fortbezug des Gehalts.

11. Nach Leipzig. Frage: In dem Urteil des Reichsgerichts (2. Straffen.) vom 13. 6. 19 — Heft 4 S. 66/67 — lautet im Abs. 1 der letzte Satz: „Geht trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit kein Lohn verloren, so entfällt der Grund für solche Ersatzleistung und damit auch der Anspruch auf sie." Wir bitten um Auskunft, ob wir trotzdem versicherungsberechtigten Mitgliedern, die bei Arbeitsunfähigkeit ihr Gehalt unverkürzt weiter beziehen, Krankengeld zahlen müssen?

Antwort: Der erwähnte Satz der Entscheidung des Reichsgerichts ist einer Mißdeutung nur fähig, wenn man seinen Zusammenhang mit den vorausgehenden und den folgenden Ausführungen nicht beachtet. Der Versicherte, so wird bemerkt, darf nicht gleichzeitig Krankenhilfe beanspruchen und „durch Weiterarbeiten sich der Gefahr einer Verschlimmerung seines Zustandes aussetzen". Es ist ihm, so heißt es weiterhin, nicht verwehrt, durch entgeltliche Beschäftigung etwas hinzuzuverdienen. „Übt er aber seine volle Berufstätigkeit mit ihren Anstrengungen und Gesundheitsgefährdungen gegen vollen Lohn wie ein Gesunder aus", so hat er keinen Anspruch auf Krankengeld. Nur mit dieser aus dem Zusammenhang sich ergebenden Einschränkung also ist der erwähnte Satz zu verstehen. In diesem Sinne hatte auch schon das preuß. ObVer. Ger. entschieden (ArbVers. 1907 S. 651, Reger 28 S. 64). Das gilt für Versicherungsberechtigte nicht minder als für Versicherungspflichtige (ArbVers. 1917 S. 477 Ziff. 1); und auch das ist schon früher, wie jetzt vom Reichsgericht, angenommen worden, daß, wer unter Verschweigung solchen vollen Lohnbezugs für Arbeitsleistung Krankengeld fordert und empfängt, wegen Betruges bestraft werden kann (ArbVers. 1910 S. 469). Dagegen folgt aus diesen Entscheidungen nicht, daß die Kasse dem Versicherten das Krankengeld vorenthalten könnte, wenn er während seiner Arbeitsunfähigkeit nicht durch Weiterarbeiten, sondern lediglich auf Grund des Gesetzes (§ 626 BGB.) oder seiner Anstellungsbedingungen sein Gehalt weiterbezieht.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1274 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 11. März 1920 | Heft 8

Gedanken und Wünsche zur Änderung des Wochenhilfegesetzes vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757).

Von Städt. Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in München-Solln.

Es unterliegt heute keinem Zweifel mehr, daß das Gesetz vom 26. September 1919 über Wochenhilfe und Wochenfürsorge (RGBl. S. 1757) einer Revision unterbreitet werden muß und wird. Was jedoch bisher an Wünschen zu dieser kommenden Gesetzesnovelle bekannt wurde, beschränkt sich darauf, von ihr die Klärung der verschiedenen Streit- und Zweifelsfragen zu verlangen. Weitergehende Wünsche, namentlich solche materieller Art, sind mir bisher nicht bekannt geworden. Und doch stehen sie meines Erachtens nicht nur in engstem Zusammenhang mit dem, was die Novelle selbst bringen wird, sondern überhaupt mit dem Zwecke und der Wirkung des Gesetzes als Ganzem. Eine Reihe solcher materieller wie formeller Wünsche der Öffentlichkeit zur allgemeinen Kenntnis, der Regierung zur Würdigung bei der Abfassung der Novelle, den Mitgliedern der Nationalversammlung zur Grundlage ihrer diesmal hoffentlich gründlicheren Beratung zu unterbreiten, soll der Zweck dieser Zeilen sein.

I. Der Kernpunkt aller Streit- und Zweifelsfragen, die sich an den Vollzug des Gesetzes vom 26. September 1919 knüpften, ist die Fassung, welche § 10 des Gesetzes dem § 205 a RVO. gibt. Dieser die Familienwochenhilfe als Regelleistung der Krankenkassen einführende Paragraph bestimmt bekanntlich, daß versicherungsfreie Ehefrauen, Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, wenn sie mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, Anspruch auf die Mindestleistungen der Wochenhilfe nach § 195 a RVO. haben. Während die Wochenhilfe nach § 195 a RVO. (Kassenwochenhilfe) an die Voraussetzung geknüpft ist, daß die Wöchnerin nicht nur zur Zeit der Niederkunft Kassenmitglied ist, sondern auch in dem der Niederkunft vorhergehenden Jahre mindestens 26 Wochen einer Krankenkasse angehörte, beschränkt sich § 205 a nach seinem gegenwärtigen Wortlaut auf die Tatsache, daß das versicherte Familienhaupt im Augenblicke der Niederkunft gegen Krankheit versichert ist. Eine Wartezeit wird nicht gefordert. Naturgemäß erhalten durch diesen Umstand zahlreiche Wöchnerinnen einen Anspruch auf Familienwochenhilfe, die bei Einführung einer dem § 195 a gleichen Wartezeit nicht in den Genuß der Leistungen des Gesetzes gekommen wären. Auch ist eine gewisse Erschleichung der Familienwochenhilfe nicht in den Bereich der Unmöglichkeit gerückt, da ein kurz vor der Entbindung eingegangenes, nach erfolgter Niederkunft aber sofort wieder gelöstes Beschäftigungsverhältnis bereits ein Anrecht auf Familienwochenhilfe gibt. Es ist durchaus verständlich, daß sich die Krankenkassen gegen die ihnen aus der gegenwärtigen Fassung erwachsende starke Belastung wenden und, schon aus Billigkeits-

gründen gegenüber den nach § 195 a RVO. wochenhilfeberechtigten Wöchnerinnen, auch die sechsmonatige Wartezeit bei der Familienwochenhilfe fordern.

Es soll hier nicht zu der Frage der Wartezeit als solcher bei der Wochenhilfe Stellung genommen werden. Es ist bekannt, daß sie im ersten Krankenversicherungsgesetz nicht vorhanden war und erst später in das Gesetz hineinkam. Der Hauptgrund hierfür war, daß durch kurz vor der Niederkunft eingegangene Beschäftigungsverhältnisse die Leistungen der Wochenhilfe errungen werden konnten, ohne daß den Krankenkassen entsprechende Gegenleistungen auf seiten der Wöchnerin gegeben worden waren. Dieser Grund ist nicht unbeachtlich. Er entbehrt auch gerade heutzutage nicht der inneren Berechtigung. Die Lage der Krankenkassen ist keine günstige. Sie sind durch den Krieg und seine Folgen schwer in Mitleidenschaft gezogen. Das neue Wochenhilfegesetz legt ihnen weitere nicht unbedeutende Lasten auf. Wenn bei einer Krankenkasse, wie der Allgemeinen Ortskrankenkasse München (Stadt), von den gesamten wöchentlichen Baraufwendungen zur Zeit etwa ein Drittel auf die von der Kasse selbst zu tragenden Beträge an Kassen- und Familienwochenhilfe entfällt, so bedarf dies schon der Beachtung. Dazu kommt, daß die Wochenhilfe eigentlich nicht zu den Aufgaben gehört, für die im allgemeinen die K r a n k e nversicherung gegründet ist. Dies gilt um so mehr, wenn, wie es die gegenwärtige Entwicklung dieser Art der sozialen Fürsorge zeigt, ein besonderer Zweig in Form einer allgemeinen Mutterschaftsfürsorge begründet werden soll. Ich kann mich daher weder für eine Aufhebung der Wartezeit des § 195 a RVO. aussprechen, noch gegen die auf Einführung einer solchen in § 205 a RVO. gerichteten Bestrebungen wenden. Vielleicht ließe sich eine Abkürzung der Wartezeit oder, wie in Heft 1 S. 1 der „Arbeiter-Versorgung" dieses Jahres vorgeschlagen, eine nach der zurückgelegten Wartezeit abgestufte Beteiligung des Reichs an den Kosten der Wochenhilfe erwägen, ein völliger Verzicht aber erscheint mir, soweit die Kostentragung durch die Krankenkassen selbst in Frage kommt, heute nicht geboten.

Wenn nun die Einführung einer Wartezeit bei der Familienwochenhilfe, wie zu erwarten, Gesetz wird, so bedeutet dies meines Erachtens, gering genommen, für mindestens die Hälfte der nach dem jetzigen Wortlaut des Gesetzes anspruchsberechtigten Wöchnerinnen die Unmöglichkeit, Familienwochenhilfe zu erhalten. Da sie auch auf Kassenwochenhilfe kein Anrecht haben, steht ihnen nur die Wochen f ü r s o r g e offen. Theoretisch scheint also für sie gesorgt, und die Einführung einer Wartezeit in § 205 a RVO. nicht bedenklich zu sein. Praktisch ergibt sich leider das Gegenteil.

Nach § 17 des Gesetzes vom 26. September 1919 gilt eine Wöchnerin als minderbemittelt und damit als wochenfürsorgeberechtigt, wenn, sofern sie verheiratet ist, ihr und ihres Ehemannes Gesamteinkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Niederkunft den Betrag von 2500 ℳ nicht überstiegen hat, oder, sofern sie unverheiratet ist, wenn ihr eigenes Gesamteinkommen in demselben Zeitraum sich nicht auf mehr als 2000 ℳ belief; hierbei ist in beiden Fällen für jedes außer dem Neugeborenen schon vorhandene Kind unter 15 Jahren diesen Höchstsummen ein weiterer Betrag von 250 ℳ hinzuzurechnen. Aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes ist bekannt, daß für die unverheiratete Wöchnerin ursprünglich ein Höchstbetrag von 1500 ℳ an Gesamteinkommen vorgesehen war, daß aber diese Summe in der Reichstagskommission auf 2000 ℳ erhöht worden war.

Die gegenwärtige Höchstgrenze des ehelichen Gesamteinkommens geht zurück auf die Bekanntmachung vom 23. April 1915 über Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges (RGBl. S. 257), durch die minderbemittelten Wöchnerinnen die Kriegswochenhilfe zugebilligt wurde. Diese Verordnung erachtete eine verheiratete Wöchnerin als minderbemittelt, wenn ihr und ihres Ehemannes Gesamteinkommen in dem Jahre

oder Steuerjahre vor der Einberufung des letzteren in den Heeresdienst 2500 *M* nicht überstiegen hatte, wobei gleichfalls der Kinderzuschlag von 250 *M* zulässig war. Hier reichte also das für die Beurteilung der Frage der Minderbemitteltheit maßgebende Jahr weit in die Friedenszeit hinein. Damals aber waren Gesamteinkommen von 2500 *M* in den Kreisen, für welche die Kriegswochenhilfe gedacht war, tatsächlich noch Einkommen von beträchtlichem Werte und von einer gewissen Seltenheit. Wie ist es heute? Einkommen, bei denen die dreifache Grenze dieses Friedenssatzes nahezu erreicht wird, gehören in einzelnen Schichten der arbeitenden Bevölkerung schon zu gewissen Selbstverständlichkeiten, und auch dort, wo diese Höhe nicht erreicht wird, ist der Friedenssatz um ein Erhebliches überschritten.

Man wende nun nicht ein, daß ja diese Kreise bereits ohne Rücksicht auf ihr Entgelt der Krankenversicherungspflicht unterliegen und daher ohnehin die Wochenhilfe nach § 195 a oder § 205 a beanspruchen können. Das ist nur bedingt richtig. Nicht alle haben die erforderliche Wartezeit erfüllt. Sie verstehen es dann nicht, daß sie, wenn sie sechs Monate einer Krankenkasse angehört haben, die Wochenhilfe erhalten, mögen sie nun 3000 oder 10 000 *M* Jahreseinkommen haben, daß ihnen aber, sobald sie nicht solange Zeit gegen Krankheit versichert waren, ein Anspruch hierauf nicht zusteht. Nicht anders, ja in gewissem Sinne noch schärfer wirkend ist die Sachlage bei den höheren Angestellten, deren Versicherungspflicht an eine Einkommensgrenze gebunden ist. Ganz schlimm steht es aber um die freien Berufe, die von der Versicherungspflicht befreiten Beamten, den Mittelstand usw., die zunächst einer Krankenkasse nicht angehören, deren Einkommen aber nicht im entferntesten die Summe erreicht, deren sich die gegen Lohn und Gehalt arbeitenden Bevölkerungskreise erfreuen, sich jedoch immerhin über der gegenwärtigen Grenze von 2500 *M* hält. Sie fragen sich mit Recht, warum die 1915 noch 2500 *M* betragende Höchstgrenze an versicherungspflichtigem Entgelt in der Krankenversicherung Ende 1918 mit Rücksicht auf die gesteigerten Löhne auf 5000 *M* erhöht worden ist, warum aber dieselbe Summe bei Neuregelung der Wochenhilfe nicht ebenfalls erhöht wurde. Wie in der Lohnsteigerung und damit in der Gehaltsgrenze sich die Preissteigerung aller Bedarfsgegenstände ausdrückt, so müßte ihrer Ansicht nach doch auch in der für die Minderbemitteltheit maßgebenden Höchstgrenze an Einkommen Rücksicht auf die allgemeine Teuerung genommen werden. Diese Kreise werden nicht mit Unrecht mit einer gewissen Verbitterung auf die unverheiratete Wöchnerin blicken, der, wenn auch nur eine beschränkte, so doch immerhin eine Erhöhung ihrer Einkommensgrenze zugebilligt wurde. Sie werden sich fragen, ob wohl die Differenz von 500 *M* einen Ausgleich für den Mehraufwand bilden soll und kann, den das Hinzutreten einer zweiten Person bei dem Haushalt eines Verheirateten mit sich bringt. Sie werden sich sagen, daß solche Summen in der Steuerpolitik am Platze sein mögen, aber nicht dort, wo tatsächliche Verhältnisse gewürdigt werden sollen, dies am wenigsten dann, wenn Bevölkerungspolitik getrieben werden will.

Dies letztere Moment scheint mir das wichtigste unter den Klagen zu sein, die mir in meiner Eigenschaft als Leiter der beim bayer. Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Bayern eingerichteten Auskunftsstelle für Wochenhilfe ständig zugehen. Es muß einmal klar und deutlich gesagt werden: Entweder die finanzielle Lage des Reichs erlaubt uns, Bevölkerungspolitik zu treiben, oder sie erlaubt es uns nicht. Sind wir hierzu in der Lage, und meines Erachtens müßten wir dies trotz aller Schwierigkeiten schon im Interesse unserer Wiedergesundung sein, so arbeite man großzügig. Sind wir es nicht, so gebe man es offen zu. Man schaffe aber dann nicht Bestimmungen, die, wie die Festsetzung der Grenze der Minderbemitteltheit in § 17 des Gesetzes vom 26. September 1919, als ein Hohn auf Teuerung und wirtschaftliche Not-

lage erscheinen müssen, und man treibe Bevölkerungspolitik nicht dadurch, daß man überwiegend einseitig andere die Kosten tragen läßt. Wenn irgendwo der Satz „Alles oder Nichts" Berechtigung hat, dann auf dem Gebiete der Bevölkerungspolitik. Wenn hier nicht die Gesamtheit der Nation weitgehendsten Anteil hat, dann schaffen wir nur etwas Halbes, d. h. — Nichts.

Nicht der erste Wunsch, nein, die erste Forderung für die Änderung des Gesetzes vom 26. September 1919 scheint mir daher die Erweiterung der Einkommensgrenze für die Minderbemitteltheit zu sein. Die Gründe, die ich in der „Arbeiterversorgung" 1917 S. 713 für eine Erweiterung der damaligen Höchstgrenze angeführt habe, gelten heute in viel stärkerem Maße. Sie werden dabei gestützt durch Erwägungen der Billigkeit und der Zweckmäßigkeit. Das mindeste, was geschehen muß, ist die Erhöhung der Summe von 2500 *M* auf die Grenze, bis zu welcher höhere Angestellte der Versicherungspflicht unterliegen. Erwägungen der Zweckmäßigkeit sprechen aber dafür, auch über diese Summe noch hinauszugehen. Dies würde am einfachsten durch eine Angleichung an die Angestelltenversicherung geschehen, indem die dort für die Versicherungspflicht maßgebende Höchstgrenze von 7000 *M* auch die Grenze bilden sollte, bis zu der Minderbemitteltheit noch anzunehmen ist. Daneben wäre es reiflicher Überlegung anheimzustellen, ob nicht künftighin lediglich der Grundlohn oder das Grundgehalt für die Feststellung der Minderbemitteltheit maßgebend sein soll, Teuerungszulagen jeder Art aber außer Betracht zu bleiben haben. Die Abstufungen, welche die letzteren häufig erfahren, bringen es nämlich mit sich, daß in den teueren Städten die Einkommensgrenze überschritten, in den weniger von der Teuerung heimgesuchten ländlichen Distrikten aber nicht erreicht wird, daß also hier die Wochenhilfe noch gewährt wird, dort aber, obwohl ihre Zubilligung mehr am Platze wäre, versagt werden muß. In den künftigen Lohn- und Gehaltsordnungen wird zudem allem Anschein nach die Variabilität der Wirtschafts- und sonstigen Zulagen entsprechend den am Beschäftigungsort herrschenden Teuerungsverhältnissen wohl eine noch größere Rolle spielen als bisher, während der dann ohnehin erhöhte Lohn oder Gehalt ein überall gleicher fester Bestandteil des Einkommens bleiben wird.

II. Einen breiten Raum in den Erörterungen über die Auslegung des § 205 a RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 26. September 1919 nimmt die Stellungnahme zu dem Wort „versicherungsfrei" ein. Obwohl ziemlich weitgehend Klarheit darüber besteht, daß der Gesetzgeber die Bezeichnung „versicherungsfrei" kaum im Sinne des Sprachgebrauchs der Reichsversicherungsordnung aufgefaßt, vielmehr allen denjenigen Ehefrauen usw. der Versicherten die Familienwochenhilfe zugewendet haben wollte, die nicht selbst Anspruch auf Kassenwochenhilfe haben, bewegt sich die Gesetzesanwendung und Gesetzesauslegung doch in den Bahnen der dem Wort „versicherungsfrei" in der Reichsversicherungsordnung gegebenen Auslegung. Um hier alle Zweifel zu beseitigen, müßte etwa folgende Gesetzesfassung gewählt werden:

> „Ehefrauen, Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben und nicht selbst Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a RVO. haben, erhalten usw."

Eine solche Änderung des Gesetzestextes könnte unschwer vollzogen werden.

III. Die jetzige Auslegung des § 205 a RVO., wie überhaupt die Fassung des ganzen Gesetzes öffnen dem doppelten Bezug von Wochenhilfe Tür und Tor. Dies gilt namentlich für die Städte, wo sich die Kassenarten häufen und selbsttätige Kontrolle, wie sie sich auf dem Lande ergibt, ausgeschaltet ist. Nachdem eine vorbeugende Bestimmung, wie sie § 2 Abs. 2 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) vorsah, nicht mehr besteht, ist jegliche Überwachung unmöglich. Die leidige Häufung der Kassenarten, der auch die Reichs-

versicherungsordnung nicht zu steuern vermochte, zeigt sich hier eben von einer ihrer unangenehmen Seiten. Wenn wir auch oben für eine weitgehendste Bevölkerungspolitik gesprochen haben, so haben wir anderseits doch keinen Grund, dem Doppelbezug von Leistungen das Wort zu reden. Daher dürfte eine Regelung hier am Platze sein. Sie kann meines Erachtens einfach in der Weise gefunden werden, daß grundsätzlich nur die Allgemeine Ortskrankenkasse des Wohnortes der Wöchnerin, wenn dort eine solche Kasse aber nicht besteht, die Landkrankenkasse zur Auszahlung zuständig ist. Die Wöchnerin hat sich dann bei der Antragstellung wohl an ihre eigene Kasse bzw. die Kasse des Familienhauptes zu wenden. Diese Kassen stellen aber lediglich das Vorliegen der Voraussetzungen fest und ersuchen dann die zuständige Ortskrankenkasse um Auszahlung der Beträge; hierbei müßte dieser Kasse allerdings eine kleine Vergütung für ihre Mühewaltung zugesprochen werden. Ich verkenne nicht, daß auch diese Lösung nicht ideal genannt werden kann; sie hat aber durch die Tatsache, daß eine Zentrale geschaffen ist, die allgemeine Kontrolle zu üben vermag, viel vor der bisherigen Sachlage voraus.

IV. Hier würde dann auch zweckmäßigerweise die **Zuständigkeit für den Antrag auf Wochenfürsorge** neu geregelt. Gegenwärtig ist nach § 18 des Gesetzes zur Entgegennahme des Antrages und zur Auszahlung der Leistungen die Allgemeine Ortskrankenkasse bzw. die Landkrankenkasse des „gewöhnlichen Aufenthaltsortes“ der Wöchnerin zuständig. Der Begriff „gewöhnlicher Aufenthaltsort“ ist nicht leicht zu definieren. Gegenüber der gleichen Bestimmung in § 7 Abs. 1 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) hat eine mit Zustimmung des Reichsamts des Innern ergangene Entschließung des Bayer. Ministeriums des Innern vom 7. Dezember 1915 („Arbeiter-Versorgung“ 1916 S. 202) sich dahin ausgesprochen, daß der gewöhnliche Aufenthaltsort zur Zeit der Antragstellung in Frage komme. Auch dies gab damals die Möglichkeit öfteren Bezugs der Kriegswochenhilfe. Gelegentlich der Neugestaltung der Wochenhilfe wäre es zweckmäßiger gewesen, auf die Zuständigkeitsbestimmungen der Reichsversicherungsordnung zurückzugreifen und zu bestimmen, daß für die Antragstellung die Ortskrankenkasse des Wohn- oder Beschäftigungsortes der Wöchnerin, und zwar desjenigen „zur Zeit der Niederkunft“ zuständig sei. Auch auf diesem Wege könnte eben Doppelleistungen vorgebaut werden.

V. Nicht unmittelbar zur Frage der Doppelleistungen, wohl aber zu der einer **unnötigen Gewährung der Wochenhilfe** gehört die Frage der **Verjährung** der Leistungen. Nach dem geltenden Recht tritt die Verjährung in zwei Jahren nach dem Tage der Entstehung ein. Nun ist die Wochenhilfe eine Leistung, deren Wert in der sofortigen Gewährung liegt. Nachträgliche Zahlung bringt nur die junge Mutter in den Besitz größerer Geldsummen, deren Verwendung wohl zumeist nicht mehr im Sinne einer rationellen Säuglingsfürsorge erfolgt. Es sollte daher meines Erachtens eine verhältnismäßig frühzeitige Verjährung, etwa nach einem halben, spätestens aber nach einem ganzen Jahre nach der Niederkunft eintreten. Nach Eintritt der Verjährung, aber vor Ablauf des zweiten Jahres nach der Niederkunft könnte eine weitere Antragstellung und Leistung zwar noch zugelassen werden, aber nur dann, wenn entweder nachgewiesenermaßen die Wöchnerin sich noch infolge der für das Wochenbett oder die Ernährung und Pflege des Säuglings (erstes Lebensjahr!) erforderlich gewordenen Aufwendungen in bedrängter Lage befindet, oder wenn eine Behörde z. B. Berufsvormund, Vormundschaftsgericht, Säuglingsfürsorgestelle usw. Mittel zur Unterbringung usw. des Kindes benötigt. Auch sollte in diesen Fällen nur ein in das Ermessen der angegangenen Behörde (Versicherungsamt) gestellter einmaliger Beitrag zugewendet werden, der zwischen einem Mindestsatz (etwa 50 *M*) und einem Höchstsatz (etwa die Gesamtsumme der an sich zuständig

gewesenen Wochenhilfeleistungen) freien Spielraum läßt.

VI. Über den Wert der Sachleistungen an Stelle der Barleistungen des einmaligen Beitrags zu den Kosten der Entbindung und der Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden sind Worte nicht zu verlieren. Leider hat sich, wenigstens in München und, wie ich vermute, wohl auch anderswo, ergeben, daß der Einführung der Sachleistungen empfindliche geldliche Schwierigkeiten im Wege stehen. Nach der gegenwärtig in Bayern geltenden Gebührenordnung bemißt sich der Durchschnittssatz, den eine Hebamme für eine Entbindung fordern kann und der für die Zahlung aus Kosten des Reichs, eines Bundesstaats, einer Gemeinde usw. maßgebend ist, folgendermaßen:

Entbindung 10 *M*; 20 Besuche im Wochenbett zu 1,20 *M* = 24 *M*; zusammen 34 *M* + 50% = 17 *M* Teuerungszuschlag. Insgesamt 51 *M*.

Es überschreitet also schon der Mindestbetrag dessen, was die Hebammen mit Recht fordern können, den gegenwärtigen Satz des einmaligen Beitrags zu den Kosten der Entbindung. Dabei sind dann Arztkosten usw. noch nicht einmal berücksichtigt. Es erscheint daher nur zweckmäßig, wenn entweder der Entbindungskostenbeitrag erhöht oder dort, wo das Reich an der Aufbringung der Mittel beteiligt ist, bestimmt würde, daß bei Einführung von Sachleistungen das Reich, falls die Mindestsätze, welche für die Zahlung aus Kassen des Reichs usw. in den Gebührenordnungen vorgesehen sind, den Betrag des einmaligen Beitrags zu den Kosten der Entbindung oder der Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden überschreiten, auch diese weitere Summe zurückvergütet.

Eine klarere Fassung wäre ferner in der kommenden Novelle auch der Bestimmung zu geben, daß bei teilweiser Sachleistung ein „entsprechender Abzug" an den Barleistungen zu machen ist. Was ist „entsprechend"? Wenn man wohl auch annehmen darf, daß der Abzug nur nach Maßgabe der Mindestsätze der in Frage kommenden Gebührenordnungen zulässig ist, so wäre doch weitere Klarstellung erwünscht.

VII. Es ist ziemlich unbestritten, daß die Wochenfürsorge nichtdeutschen Wöchnerinnen nicht gewährt werden kann. Darunter leiden bedauerlicherweise auch Wöchnerinnen deutscher Stammesangehörigkeit, wenn sie nicht Reichsdeutsche sind. Dies wird sich nun besonders hart gegenüber den Wöchnerinnen bemerkbar machen, die erst durch den Friedensschluß vom Reiche abgetrennt wurden. Es ist zu erwarten, daß manche dieser Wöchnerinnen ihrer Entbindung im Inland entgegensehen wird. Denn da Familienbeziehungen nicht von staatlicher Willkür beeinträchtigt zu werden pflegen, werden gar oft Eltern oder sonstige Verwandte im Inland leben, in deren Heim oder deren Nähe die Niederkunft stattfindet. Es wäre meines Erachtens eine selbstverständliche Aufgabe unseres völkischen Aufbaues, diesen Frauen die Wochenhilfe zuzuwenden. Es handelt sich um deutsches Blut, um die Erhaltung des Deutschtums im Ausland. Wenn daher auch gesetzliche und mehr noch technische Schwierigkeiten zu überwinden sein werden, so sollte doch der Weg gesucht und gefunden werden, hier helfend einzugreifen.

VIII. Von ärztlicher Seite wurde ich kürzlich auf eine Wahrnehmung aufmerksam gemacht, die mir allgemeiner Beachtung wert erscheint. Es handelt sich um das Stillen durch tuberkulöse Mütter oder durch solche, die mit an offener Tuberkulose erkrankten Personen zusammen wohnen. Die allgemeine Ausdehnung der Wochenhilfe und die immerhin nicht unbeträchtlichen Beträge des Stillgeldes sollen solche Mütter in immer größerer Zahl veranlassen, dem ärztlichen Verbot des Stillens und dem Gebot der Entfernung des Kindes aus der Wohnung Widerstand zu leisten und weiter zu stillen. Das Stillgeld verliere hier seine Wirkung, ja sein Zweck kehre sich in das Gegenteil um. — Wenn diese Beobachtungen auch anderweit gemacht werden, so droht meines Erachtens angesichts der durch den Krieg geförderten Verbreitung der Tuberkulose unserer Be-

völkerung eine nicht unbedenkliche Gefahr. Ihr sollte nach Möglichkeit vorgebeugt werden. Diese Vorbeugung könnte meines Erachtens nur dadurch geschehen, daß solchen Müttern, die auf ärztlichen Rat aus gesundheitlichen Gründen nicht stillen dürfen oder vor Ablauf der im Gesetz vorgesehenen Stillgeldperiode abstillen müssen, eine einmalige Abfindung zuteil wird. Die Höhe dieser Abfindung zu bemessen, dürfte allerdings einigermaßen schwierig sein, da ja nicht im voraus mit Sicherheit die Dauer der Stillfähigkeit der Mütter festgestellt werden kann. Immerhin erscheint es mir besser, hier mehr als zu wenig zu geben. Es sollte daher als Abfindung der Betrag des zwölfwöchigen Stillgeldes, abzüglich der auf die Zeitdauer, während der bereits gestillt wurde, entfallenden Summe, gewährt werden. Die Auszahlung sollte aber nicht an die Wöchnerin selbst erfolgen. Sie sollte vielmehr durch Vermittlung dritter Stellen (Berufsvormundschaft, Versicherungsamt, Tuberkulose-, Säuglingsfürsorgestellen usw.) zugunsten des Kindes evtl. auch der Mutter verwendet werden. Hierdurch dürften dann auch die Bedenken gegen die Festsetzung der Abfindungssumme auf den Betrag des in die nicht vollendete Stillzeit fallenden Stillgeldes leichter beseitigt werden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Verordnung über aushilfsweise Zuständigkeit von Trägern und Behörden der Reichsversicherung.

Vom 16. Februar 1920 (RGBl. S. 239).

Auf Grund des Gesetzes über eine vereinfachte Form der Gesetzgebung für die Zwecke der Übergangswirtschaft vom 17. April 1919 (RGBl. S. 394) wird von der Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats und des von der verfassunggebenden Deutschen Nationalversammlung gewählten Ausschusses folgendes verordnet:

§ 1. — Die Landesversicherungsanstalt Brandenburg ist befugt und auf Anweisung des Reichsversicherungsamts verpflichtet, die Geschäfte der Landesversicherungsanstalt Posen insoweit vorläufig wahrzunehmen, als dies zur Ordnung der Versicherungsverhältnisse von Personen, die außerhalb der nach dem Friedensvertrag abzutretenden Teile des Reichsgebiets wohnen, erforderlich ist.

Das gleiche gilt für die Brandenburgische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft bezüglich der Geschäfte der Posenschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft.

Beitragsmarken der Landesversicherungsanstalt Posen dürfen nicht mehr verwendet werden. Der Reichsarbeitsminister bestimmt das Nähere, insbesondere welche Marken an Stelle der in dem vorstehenden Satze bezeichneten zu verwenden sind.

Entsprechende Anordnungen kann der Reichsarbeitsminister im Falle des Bedürfnisses auch für andere Teile des Reichsgebiets erlassen.

§ 2. — Die Landesversicherungsanstalt Baden ist befugt und auf Anweisung des Reichsversicherungsamts verpflichtet, Geschäfte, die nach dem bisherigen Rechte von der Landesversicherungsanstalt Elsaß-Lothringen zu besorgen sein würden, insoweit vorläufig wahrzunehmen, als dies zur Ordnung der Versicherungsverhältnisse von Personen, die außerhalb der nach dem Friedensvertrag abzutretenden Teile des Reichsgebiets wohnen, erforderlich ist.

Soweit bei Personen der im Abs. 1 genannten Art das Eingreifen einer Berufsgenossenschaft in Frage kommt, deren Bezirk sich auf Elsaß-Lothringen beschränkt, ist das Reichsversicherungsamt im Falle des Bedürfnisses befugt, eine Berufsgenossenschaft außerhalb Elsaß-Lothringens mit der Erledigung der Angelegenheit zu beauftragen.

§ 3. — Die durch die Geschäftsführung gemäß §§ 1, 2 dieser Verordnung entstehenden Kosten und sonstigen Ausgaben sind zum Zwecke späterer Abrechnung besonders zu verbuchen. In den Zahlungsanweisungen an die Postbehörden ist zwecks besonderer Buchung zum Ausdruck zu bringen, daß sie für den vertretenen Versicherungsträger erfolgen. Das Reichsversicherungsamt kann hierüber Näheres bestimmen.

§ 4. — Die Vorstände von Berufsgenossenschaften, deren Bezirke durch Gebietsabtretungen berührt werden, sind befugt, die Aufgaben von Sektionsvorständen, welche in den der Abtretung ausgesetzten Teilen des Reichsgebiets ihren Sitz haben, mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts vorläufig einem anderen Sektionsvorstande zu übertragen, soweit dies zur

Ordnung der Versicherungsverhältnisse von Personen, die außerhalb der bezeichneten Gebietsteile wohnen, erforderlich ist.

§ 5. — Personen, die außerhalb der nach dem Friedensvertrag abzutretenden Teile des Reichsgebiets wohnen, können Ansprüche aus der Krankenversicherung, die ihnen gegen eine Krankenkasse innerhalb jener Gebietsteile zustehen und nicht auf die Zeit vor dem 1. Juli 1918 entfallen, gegen die allgemeine Ortskrankenkasse ihres jetzigen Wohnorts geltend machen. Besteht dort für Versicherte ihrer Art eine besondere Ortskrankenkasse, eine Landkrankenkasse oder eine knappschaftliche Krankenkasse, so hat diese Leistungen zu gewähren. Das Reichsversicherungsamt kann bestimmen, wieweit statt des Nachweises des Anspruchs seine Glaubhaftmachung genügt.

Der Antrag des Berechtigten ersetzt das Erfordern der verpflichteten Kasse nach § 219 der Reichsversicherungsordnung. Soweit Erstattung nach § 222 der Reichsversicherungsordnung nicht zu erreichen ist, bleibt der Erlaß anderer Vorschriften über die Erstattungspflicht vorbehalten.

Werden die Mittel einer allgemeinen Ortskrankenkasse oder einer Landkrankenkasse durch diese vorläufige Verpflichtung übermäßig in Anspruch genommen, so hat ihr auf Erfordern des Oberversicherungsamts der Gemeindeverband den nötigen Vorschuß zu leisten. Die oberste Verwaltungsbehörde kann hierüber Näheres bestimmen.

§ 6. — Sind Personen, die zur freiwilligen oder zur Weiterversicherung (§§ 176, 313 der Reichsversicherungsordnung) bei einer Krankenkasse befugt waren, infolge der Ausführung des Friedensvertrages oder der Verhältnisse in den der Abtretung ausgesetzten Teilen des Reichsgebiets an der Ausübung dieser Befugnis verhindert und auch nicht anderweit wieder in die Versicherung eingetreten, so können sie innerhalb einer Frist von zwei Monaten seit der Verkündung dieser Verordnung oder seit dem späteren Eintritt der Behinderung die Zulassung zur freiwilligen oder zur Weiterversicherung bei der Ortskrankenkasse ihres neuen Wohnorts nachsuchen. Waren sie bisher bei einer Landkrankenkasse versichert oder zur Versicherung berechtigt, so tritt an die Stelle der Ortskrankenkasse die Landkrankenkasse ihres neuen Wohnorts.

§ 310 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend.

Soweit Personen der im Abs. 1 genannten Art bereits vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung zur freiwilligen oder zur Weiterversicherung bei einer deutschen Krankenkasse zugelassen worden sind, behält es dabei sein Bewenden.

§ 7. — Das Reichsversicherungsamt wird ermächtigt, für Angelegenheiten der Arbeiterversicherung das örtlich zuständige Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt zu bestimmen, soweit die Ausführung des Friedensvertrages oder die Verhältnisse in den der Abtretung ausgesetzten Teilen des Reichsgebiets dies erforderlich machen.

§ 8. — Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft. Der Reichsarbeitsminister bestimmt den Zeitpunkt des Außerkrafttretens.

Anmerkung: Die Verordnung ist gemäß § 8 (Art. 71 der Reichsverfassung) am 18. Februar 1920, als am Tage der Ausgabe der Nr. 36 des Reichs-Gesetzblatts, in Kraft getreten.

B. Zur Krankenversicherung.

Feste Arbeitsstätte im Sinne des § 153 Abs. 1 vgl. mit § 154 RVO.

Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 11. Oktober 1919.

Die Firma T. in Berlin hat von Ende Juni 1916 ab in den zum Bezirke der Allgemeinen Ortskrankenkasse für Zossen und Umgegend gehörigen Ortschaften Wünsdorf und Zossen Ausbesserungen an Abwasserreinigungsanlagen ausgeführt. Dabei handelte es sich um mehrere Arbeiten, die, jede für sich betrachtet, von kürzerer Dauer sein sollten, im Wege der Submission von dem Militärbauamt nacheinander und aneinander anschließend der Firma T. übertragen wurden und sich so mindestens bis in den Januar 1917 hinein erstreckten. Sie wurden von dem Monteur M. aus K. neben einigen anderen Arbeiten ausgeführt und von der Geschäftsstelle der Firma in Berlin geleitet. Nach Auskunft der Firma ist M. nicht lediglich für die Arbeiten in Wünsdorf und Zossen angestellt worden, er war danach vielmehr verpflichtet, auf Anordnung der Firma auch an anderen Orten zu arbeiten, und ist nach dem 18. Januar 1917 auch tatsächlich anderwärts beschäftigt worden. Er erkrankte am 12. September 1916 auf die Dauer von etwa zwei Monaten und wurde nunmehr im September 1916 erst zur Krankenversicherung, und zwar bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin, angemeldet. Diese hält nicht sich, sondern die Allgemeine Ortskrankenkasse für Zossen und Umgegend für zuständig, die ihrerseits ihre Zuständigkeit bestreitet. Das zur Entscheidung angerufene Versicherungsamt des Kreises Teltow hat die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin für zuständig erklärt, weil es sich um ein Beschäftigungsverhältnis ohne feste Betriebsstätte handle und daher nach § 154 RVO. der Sitz des Betriebes, also Berlin, als Beschäftigungsort gelte. Die Berliner Kasse hat Beschwerde erhoben. Das Oberversicherungsamt hat die Sache unter Berufung auf die §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben. Dieses hat die Beschwerde für begründet erachtet und die Zossener Kasse für zuständig erklärt. — Gründe:

Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt ist gerechtfertigt, weil über die Auslegung des § 154 RVO. nach der vom Oberversicherungsamt bezeichneten Richtung noch keine grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts ergangen

ist. Allein die Anwendung des § 154 könnte nur dann in Frage kommen, wenn aus tatsächlichen Gründen, wie es in der Entscheidung des Versicherungsamts geschehen ist, das Vorliegen einer festen Arbeitsstätte des Versicherten verneint wird. Denn nur dann kann die Frage entstehen, ob der Mangel einer festen Arbeitsstätte des Versicherten zur Anwendung des erwähnten § 154 genügt oder ob diese Vorschrift nicht vielmehr das Fehlen jeglicher Betriebsstätte innerhalb des Betriebes überhaupt voraussetzt. Die Entscheidung dieser grundsätzlichen Frage kann hier aber dahingestellt bleiben, denn nach der tatsächlichen Lage des Falles ist anzunehmen, daß der Monteur M. in der Zeit von Ende Juni 1916 bis zum 18. Januar 1917 an einer festen Arbeitsstätte im Bezirke der Allgemeinen Ortskrankenkasse für Zossen und Umgegend tätig gewesen ist. Zwar kann es zweifelhaft sein, wie die Verhältnisse zu beurteilen wären, wenn M. alsbald nach Beginn der Beschäftigung bei der Kasse angemeldet worden wäre. Damals stand die Dauer seiner Tätigkeit im Zossener Bezirk noch nicht fest, und ob die mutmaßliche Dauer der dortigen Arbeiten bereits zu jener Zeit die Annahme einer festen Arbeitsstätte begründet haben würde, ließe sich nur auf Grund näherer tatsächlicher Ermittlungen beurteilen. Zur Zeit, als die Anmeldung tatsächlich erfolgte, war M. aber bereits mehr als zwei Monate mit fortlaufenden, in einem sachlichen Zusammenhange miteinander stehenden und noch nicht abgeschlossenen Arbeiten innerhalb desselben Bezirks beschäftigt gewesen. Diese bereits feststehende Dauer zur Zeit der Anmeldung rechtfertigte die Annahme einer festen Arbeitsstätte, die nach § 153 Abs. 1 RVO. den Beschäftigungsort des Versicherten darstellt (zu vgl. Kommissionsber. zu § 165 des Entw. der RVO. S. 256). Nach § 234 RVO. war daher die Allgemeine Ortskrankenkasse für Zossen und Umgegend als zur Versicherung des M. zuständig zu erklären.

Die Kasse hat weder Haus- noch Taschengeld zu zahlen von der Zeit an, für welche die Berufsgenossenschaft die Krankenhauspflege übernommen hat.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 7. Januar 1920 (IIa K. 128/19).

Das angefochtene Urteil beruht insofern auf einen Verstoß wider den klaren Inhalt der Akten, als es annimmt, daß auch nach dem 5. Januar 1916 die Krankenhauspflege von der Beklagten gewährt worden sei und die Berufsgenossenschaft nur Ersatz zu leisten hatte. Diese Annahme widerspricht nicht nur der eigenen Feststellung des Oberversicherungsamts, daß die Unterbringung später für Rechnung der Berufsgenossenschaft erfolgte, sondern auch der in dem Sachverhalt als unstreitig wiedergegebenen, durch den Inhalt der Akten der Berufsgenossenschaft bestätigten Tatsache, daß die Berufsgenossenschaft vor Ablauf der 13. Woche nicht nur dem Verletzten, sondern auch der Beklagten und dem Krankenhause gegenüber erklärt hat, sie werde mit dem Beginn der 14. Woche die Krankenhauspflege übernehmen. Auf dieser aktenwidrigen Annahme beruht das angefochtene Urteil insofern, als das Oberversicherungsamt mit dieser Weitergewährung der Krankenhauspflege die Voraussetzungen des § 194 Nr. 2 RVO. als erfüllt ansieht.

Der Anspruch auf Zahlung des sogenannten Taschengeldes aus § 194 Nr. 2 RVO. hat tatsächlich zur Voraussetzung, daß die Krankenhauspflege, neben der das Taschengeld zu zahlen ist, von der Kasse selbst gewährt wird. Wie eine Vergleichung von § 194 Nr. 2 mit § 186 RVO. ergibt, werden Taschen- und Hausgeld in der gleichen Weise gewährt: beide sind neben der Krankenhauspflege zu zahlen. Das bedeutet, daß ein Anspruch darauf nur besteht, wenn die Kasse selbst dem Versicherten die Krankenhauspflege gewährt. Dies ist für das Hausgeld bereits in der Rev. Entsch. 2489 (Amtl. Nachr. 1918 S. 471) grundsätzlich ausgesprochen. Für das Taschengeld muß der gleiche Grundsatz gelten. Die Gewährung der Krankenhauspflege durch die Kasse hört aber auf, wenn diese Pflege von einer anderen Seite übernommen wird. Dies ist hier der Fall: Mit dem Ablauf der 13. Woche stellte die Beklagte ihre Leistungen ein; von diesem Zeitpunkt ab wurde nicht mehr von ihr, sondern von der Berufsgenossenschaft die Krankenhauspflege gewährt. Damit fiel auch der Anspruch auf das Taschengeld fort. Für die folgende Zeit besteht ebensowenig ein Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege wie ein solcher auf das „daneben" zu zahlende Taschengeld. Vielmehr kommt von da ab nur ein Anspruch auf die Leistungen aus § 182 RVO., also im vorliegenden Falle nur auf Krankengeld im eigentlichen Sinne in Frage. Dieser Anspruch ist aber, wie schon in der Entscheidung des Versicherungsamts zutreffend dargelegt ist, durch die dem § 1511 RVO. entsprechende Bestimmung des § 20 Abs. III der Satzung dahin eingeschränkt, daß ein nur den Betrag der Unfallrente übersteigender Teil des Krankengeldes gewährt wird, und zwar muß bei Heilanstaltspflege das Krankengeld höher sein als die Vollrente. Da aber unstreitig im vorliegenden Falle die Vollrente höher ist als das Krankengeld, stand auch aus § 182 RVO. dem Verletzten ein Anspruch auf Krankengeld nach dem 5. Januar 1916 nicht mehr zu.

Ab- und Anmeldepflicht des Arbeitgebers, der mit seinem Dienstboten in einen anderen Bezirk verzieht.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 31. Oktober 1919 (B. K. 271. 19).

Die Beschwerde richtet sich gegen die Entscheidung des Versicherungsamts nur insoweit, als darin die Verpflichtung zur Zahlung von Kassenbeiträgen

für das Dienstmädchen Anna G. mit 42,20 ℳ festgestellt wird. Der Beschwerdeführer hat sowohl die Anmeldung als die Abmeldung der G. bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in S. unterlassen, weil er der Genannten, als sie mit ihm zugleich am 6. Oktober 1917 nach S. verzog, bereits gekündigt hatte und eine Ummeldung von der Landkrankenkasse in B.-W. nach der Allgemeinen Ortskrankenkasse in S. für die kurze Zeit bis zum 10. Oktober nicht für nötig hielt. Mit der Abmeldung bei der Landkrankenkasse glaubte er seinen Meldepflichten genügt zu haben. Diese Ansicht des Beschwerdeführers war irrtümlich, sein Verfahren aber entschuldbar, und insofern erscheint es unbillig, ihn nach § 397 RVO. für die Fortzahlung der Beiträge bis August 1918 noch haften zu lassen. Gleichwohl mußte unter Zurückweisung der Beschwerde dahin entschieden werden. Denn nach § 317 RVO. besteht eine Verpflichtung zur Meldung bei der zuständigen Krankenkasse und somit auch eine Verpflichtung zur Ummeldung, wenn ein Arbeitgeber mit dem Versicherten zugleich in den Bezirk einer anderen Krankenkasse verzieht, und abgesehen von der Verpflichtung zur Abmeldung oder zur Ummeldung, stellt der § 397 Abs. 1 RVO. die Pflicht zur Fortzahlung der Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung als eine unbedingte, von der Tatsache der Anmeldung sowohl als von irgendeinem Verschulden des Meldepflichtigen unabhängige fest. Nach dieser Vorschrift, welche, solange sie gilt, durchgeführt werden muß, ist die Beitragsforderung der Krankenkasse für das Dienstmädchen G. begründet.

C. Zur Militärversorgung.

Gesundheitsstörung, die ein Heeresbeamter in heimatlichem Militärverwaltungsdienst erlitten hat, als durch den Krieg erlittene Dienstbeschädigung.

Ref. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 16. Dezember 1919 (M Nr. 114/19).

Ebenso wie das Berufungsgericht hat das Reichs-Militärversorgungsgericht die Überzeugung gewonnen, daß das Nervenleiden des Klägers, das ihn zur Erfüllung seiner Amtspflichten dauernd unfähig macht, sich als eine Dienstbeschädigung im Sinne des § 5 des Offizierpensionsgesetzes darstellt, die durch den Krieg erlitten ist.

Der Kläger ist als Bekleidungsamts-Inspektor schon vor dem Kriege und während desselben bis zu seiner Pensionierung beim Kriegsbekleidungsamt des ... Armeekorps in L. tätig gewesen. In dieser Stellung hatte er in den ersten Monaten des Krieges bis Ende Februar 1915 die Versandabteilung des Amtes allein zu leiten. Außerdem lag ihm die Abrechnung mit den Truppenteilen, die Frachtkostenberechnung und die Geräteverwaltung ob. Diese Dienstgeschäfte wuchsen infolge der Mobilmachung nicht nur in dem Maße, wie dies allgemein bei der Mehrzahl der militärischen Betriebe im Kriege der Fall war, sondern sie nahmen infolge der Ausdehnung und Entwicklung des Krieges einen ganz unverhältnismäßig großen, über alle Erwartungen hinausgehenden Umfang an und belasteten den Kläger mit einer die frühere Bedeutung seiner dienstlichen Stellung weit übersteigenden Verantwortung. Zu der Versorgung der nach dem Mobilmachungsplan für das Feld bestimmten Truppen und der in der Heimat bleibenden Ersatztruppenteile des Korpsgebietes mit Kleidung und Ausrüstung kamen bereits im ersten Monat des Krieges umfangreiche überplanmäßige Neuaufstellungen von Truppenverbänden, die wegen der damaligen Kriegslage in kürzester Zeit für das Feld ausgestattet werden mußten, ferner die Unterstützung, die, wie gerichtsbekannt, das Kriegsbekleidungsamt L. ganz unerwartet sowohl bei der Aufstellung der ... Reserve-Division, als auch den unzureichend ausgerüsteten österreichisch-ungarischen Etappenformationen gewähren mußte. Die Anforderungen, die die Feldtruppen zur Ergänzung ihrer Bekleidung und Ausrüstung an das Kriegsbekleidungsamt stellten, überstiegen gerade im ersten halben Jahre des Krieges an Umfang und Dringlichkeit infolge der außerordentlich starken Gefechtsausfälle bei weitem alle Erwartungen und Berechnungen. Oft jagte eine telephonische oder telegraphische Anforderung die andere. So stand der Dienstbetrieb des Bekleidungsamts unter einem dauernden Druck der Front. Die Kriegsereignisse, die die zum Versorgungsbereich des Kriegsbekleidungsamts ... gehörende kämpfende Truppe trafen, äußerten ihre unmittelbaren Rückwirkungen auf dessen Dienstbetrieb und bewirkten durch ihren unvorhergesehenen Eintritt eine Unstetigkeit im Geschäftsgang, die jedes Vorarbeiten oder Bereitstellen ausschloß. Dazu fehlte es an geeigneten und ausreichenden Hilfskräften. Die eingerichteten und im Frieden ausgebildeten Beamten mußten an die Front; ständig wechselte das Personal der Abteilung. Für diesen ganz außergewöhnlich gesteigerten und erschwerten Betrieb in der Versandabteilung war der Kläger seinem unmittelbaren Vorgesetzten allein verantwortlich. Er war sich der Bedeutung seiner Stellung bewußt, er erkannte die ungeheure Tragweite seiner Tätigkeit, wußte, daß das geringste Versagen die verhängnisvollsten Folgen für das Schicksal der kämpfenden Truppe haben konnte. Er war gezwungen, unter Aufbietung seiner äußersten Kräfte täglich von Tagesanbruch

bis in die späten Nachtstunden Dienst zu tun. Innehaltung der Mahlzeiten, Ausspannung an Sonn- und Feiertagen war ihm nicht möglich. Sein ausgeprägtes Pflichtgefühl gestattete ihm kein Ausruhen; er kannte keine Rücksichtnahme auf seine Gesundheit, sein Dienst war ein ständiges Hasten, Hetzen und Jagen. Die Sorge, seinen schweren Pflichten gerecht zu werden, das drückende Gefühl, mit oft unzulänglichen Mitteln und Kräften den ungeheuren Anforderungen nicht genügen zu können und dafür womöglich verantwortlich gemacht zu werden, ließen ihn nicht zur Ruhe kommen. Das Bewußtsein der auf ihm lastenden großen Verantwortung für das Wohl und Wehe von Tausenden, die im schwersten Kampfe gegen einen vorzüglich ausgerüsteten Gegner standen, lag ständig mit erdrückender Schwere auf ihm. Dazu kam, daß er als einziger Heeresbeamter des Friedensstandes innerhalb des ganzen Bekleidungsamtes dauernd von Offizieren und Beamtenstellvertretern in solchen dienstlichen Angelegenheiten, die nicht auf seinem eigentlichen Tätigkeitsfelde lagen, um Rat und Auskunft gefragt wurde. Dadurch war er genötigt, sich auch in sie zu vertiefen und somit noch in anderen ihm nicht unterstellten Abteilungen mitzuarbeiten. Der Druck der militärischen Disziplin verbot es ihm, der schon infolge eigener Überbürdung fortgesetzt die Grenzen seiner körperlichen und geistigen Kräfte überschritt, sich diesen Mehrarbeiten zu entziehen.

Während der ersten sieben Monate des Krieges arbeitete der Kläger unter diesen Verhältnissen. Ein solcher Dienstbetrieb unterscheidet sich wesentlich sowohl von dem Dienste der Zivilbeamten während der Kriegszeit, als auch von dem der Militärbeamten im Frieden. Er ist begründet durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse, wie sie sich im Kriege gestaltet haben. Der Kläger, der noch im besten Mannesalter von 50 Jahren steht, hätte trotz einer bei ihm schon früher vorhanden gewesenen Schwäche des Nervensystems, die bereits in den Jahren 1902/03 ein zeitweiliges Aussetzen bedingte, nach der Überzeugung des Senats noch lange Zeit im Dienste verbleiben können, wenn nicht die außerordentlichen Anstrengungen und Aufregungen, die sich aus der Eigenart des militärischen Unterordnungsverhältnisses und den Beziehungen seiner dienstlichen Stellung zur kämpfenden Truppe ergaben, in der Zeit von August 1914 bis Februar 1915 seinen Gesundheitszustand derart untergraben hätten, daß schließlich ein völliger Nervenzusammenbruch eintrat. Nur infolge dieser Einflüsse ist sein wohl im Keime noch vorhanden gewesenes Nervenleiden derartig verschlimmert worden, daß er zur Erfüllung seiner Amtspflichten nicht mehr imstande ist. Da hiernach seine Dienstunfähigkeit die Folge einer durch den Krieg erlittenen Dienstbeschädigung ist, hat er neben dem Anspruch auf Pension auch Anspruch auf eine Kriegszulage. Der Rekurs des beklagten Fiskus war daher unbegründet und zurückzuweisen.

Erkrankung an Grippe als Dienstbeschädigung. — Dienst in einem Kriegsgefangenenlager im Heimatgebiet begründet nicht die Zugehörigkeit zum Feldheer.

Rek. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 8. Januar 1920 (M Nr. 105/19).

Das Reichs-Militärversorgungsgericht ist dem Berufungsgerichte darin beigetreten, daß der Tod des M. die Folge einer Dienstbeschädigung war. M. ist am 14. Oktober 1918 in seiner Wohnung in K. gestorben, in die er sich von dem nahegelegenen Gefangenenlager aus mit Genehmigung des Vorgesetzten begeben hatte. Todesursache war eine Grippe, die sich M. in dem Gefangenenlager, wo damals diese Krankheit herrschte, während das Dorf K. davon frei war, durch Ansteckung zugezogen hatte. . . . Ist aber M. durch Ansteckung im Lager an Grippe erkrankt, so ist die Erkrankung durch dem Militärdienste eigentümliche Verhältnisse verursacht, also nach § 3 des Mannschaftsversorgungsgesetzes eine Dienstbeschädigung. Denn daß das enge Zusammenleben im Lager, das einen für die Entwicklung von Krankheiten besonders günstigen Herd bildet und die Übertragung fördert, ein dem Militärdienst eigentümliches Verhältnis bildet, kann einem Zweifel nicht unterliegen. Diese Annahme wird im vorliegenden Falle dadurch bestätigt, daß die Grippe eben nur in dem Gefangenenlager verbreitet war. Mit Unrecht macht der Beklagte in seiner Rekursschrift geltend, daß die Anerkennung der Grippe als Dienstbeschädigung in diesem Falle in Widerspruch trete zu der Übung des früheren Preußischen Kriegsministeriums, wie sie in dem Erlasse vom 17. September 1918 Nr. 1036. 8. 18 C 2 R niedergelegt sei. Auch dieser Erlaß hebt hervor, daß bei Grippe Dienstbeschädigung in Frage komme, wenn besondere militärdienstliche Verhältnisse im Einzelfalle die Entstehung der Erkrankung begünstigt oder ihren Verlauf beeinflußt hat, und nennt als solche Verhältnisse Enge der Quartiere und besondere Ansteckungsgelegenheit.

Haben hiernach die Hinterbliebenen des M. den Anspruch auf die allgemeine Versorgung (§ 12 des Militärhinterbliebenengesetzes), so kann doch dem Berufungsgerichte darin nicht beigetreten werden, daß ihnen auch die Kriegsversorgung zustehe. Der Anspruch auf diese hat nach § 19 des Militärhinterbliebenengesetzes in erster Linie die Zugehörigkeit des Beschädigten zum Feldheere zur Voraussetzung. Vorbedingung für die Entstehung des Anspruchs ist hiernach, daß der Tod auf eine Ursache zurückzuführen ist, die während der Zugehörigkeit des Ver-

storbenen zum Feldheere eingetreten ist. M. hat zwar in den Jahren 1914 bis 1918 zeitweilig dem Feldheere angehört und hat als Angehöriger des Feldheeres im Jahre 1915 sich Bronchialkatarrh und Nierenentzündung zugezogen. In der Rekurs-Gegenschrift wird auch behauptet, daß der tödliche Ausgang der Grippeerkrankung auf die früher im Felde durchgemachten Krankheiten infolge Schwächung der Gesundheit zurückzuführen sei. Diese Krankheiten lagen aber damals drei Jahre zurück, und es fehlt jeder Anhalt für einen Zusammenhang mit der Grippe oder für eine durch sie herbeigeführte allgemeine Schwächung des Körpers, die eine besondere Empfänglichkeit für die Grippe begründet hätte. Denn nach der Dienstbeschädigungsliste hat M. während seiner Tätigkeit im Gefangenenlager nie über irgendwelche Beschwerden geklagt. Die frühere Verwendung an der Front hat also bei der Beurteilung des Falls auszuscheiden. Der Dienst im Kriegsgefangenenlager bedeutet aber nicht Zugehörigkeit zum Feldheere. Über solche Zugehörigkeit verbreitet sich ein Erlaß des früheren Preußischen Kriegsministers vom 21. Oktober 1915, veröffentlicht im Armeeverordnungsblatt Seite 486. Die Spruchbehörden sind zwar an den Inhalt dieses Erlasses nicht gebunden. Indessen zieht der Erlaß den Rahmen für die Zugehörigkeit zum Feldheere bei Angehörigen immobiler Formationen — und um eine solche handelt es sich hier — so weit, daß eine Erweiterung dieser Grundsätze nicht geboten erscheint. Hiernach gehören zum Feldheere Angehörige immobiler Formationen während ihres Aufenthalts außerhalb des Kriegsgebiets insoweit, als sie durch bestimmte kriegerische Ereignisse oder Zustände zur Abwehr feindlicher Unternehmungen in Anspruch genommen werden oder ihren Wirkungen ausgesetzt werden. —

Danach muß also außerhalb des Kriegsgebiets immer ein unmittelbarer Zusammenhang mit einer feindlichen Unternehmung gegeben sein. Ob hier nicht unter „Feind" die feindliche bewaffnete Macht zu verstehen ist und schon deshalb entwaffnete Gefangene außer Betracht bleiben müssen, mag dahingestellt sein. Jedenfalls ist das Vorhandensein der Gefangenen noch keine „Unternehmung". Eine solche könnte nur in Frage kommen bei Angriffen der Gefangenen und den dadurch verursachten Gesundheitsstörungen. Hier handelt es sich aber lediglich um Bewachung der Gefangenen und das dadurch bedingte Lagerleben; M. war also bei der Ansteckung nicht Angehöriger des Feldheeres, seinen Hinterbliebenen steht zwar die allgemeine Versorgung, nicht aber ein Rechtsanspruch auf die Kriegsversorgung nach § 19 des Militärhinterbliebenengesetzes zu. Ob ihnen etwa eine entsprechende Kriegsversorgung nach § 26 des Militärhinterbliebenengesetzes gewährt werden soll, steht im freien Ermessen der dafür zuständigen Verwaltungsbehörde.

Verurteilung des im Spruchverfahren der Militärversorgung unterlegenen Klägers zur Erstattung der dem Reichsfiskus erwachsenen außergerichtlichen Kosten.

Ref. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 16. Dezember 1919 (M Nr. 146/19).

. . . Die Entscheidung über die Auferlegung der Gebühr beruht auf Artikel II § 16 der Verordnung über Änderung des Verfahrens in Militärversorgungssachen vom 1. Februar 1919 (RGBl. S. 149).

Das Begehren des Beklagten, den Kläger zur Erstattung der ihm durch die Vertretung in der mündlichen Verhandlung vor dem Reichs-Militärversorgungsgericht erwachsenen außergerichtlichen Kosten in Höhe von 27 ℳ 15 Pf. zu verurteilen, hat der Senat als begründet erachtet. Nach dem klaren Wortlaut des Artikels II § 17 Abs. 1 der Verordnung vom 1. Februar 1919 unterliegt es keinem Zweifel, daß nicht etwa nur der obsiegende Kläger, sondern auch der Reichsfiskus, falls er obsiegt, grundsätzlich Erstattung der außergerichtlichen Kosten, insbesondere der Kosten eines im Termin erschienenen bevollmächtigten Vertreters, vom unterlegenen Gegner fordern kann. *Voraussetzung ist nur, daß die Kosten zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung aufgewendet worden sind.* Der Senat ist der Überzeugung, daß die Vertretung des Beklagten in der mündlichen Verhandlung vor dem Reichs-Militärversorgungsgericht in vorliegendem Falle von seinem Standpunkt aus erforderlich war. Denn bei der Wichtigkeit der Frage, inwieweit auch im Heimatgebiet Dienstbeschädigung als „durch den Krieg erlitten" anzusehen ist, mußte er besonderen Wert darauf legen, seine Auffassung durch einen geeigneten, auf diesem Gebiete bewanderten Bevollmächtigten im Termin vertreten zu wissen und Erklärungen zu etwa erst im Laufe der Verhandlung hervortretenden neuen Gesichtspunkten abgeben zu können. Die von dem Vertreter des Beklagten beanspruchten Kosten im Betrage von 27 ℳ 15 Pf., die den entsprechenden Teilbetrag der auf vier Terminssachen gleichmäßig verteilten Gesamtkosten von 108 ℳ 60 Pf. darstellen, sind angemessen. Die Verurteilung des unterlegenen Klägers zur Erstattung dieser Kosten ist sonach gerechtfertigt.

Sprechsaal.

Zur Schaffung der Militärversorgungsgerichte.

Die Reichsregierung hat mit der Übertragung des Geschäftskreises der Militärversorgungsgerichte an die Oberversicherungsämter zweifellos einen glücklichen Griff getan. Bei einer großen Zahl von Versorgungsstreitigkeiten handelt es sich um ähnliche Fragen wie bei der Unfall- und Invalidenversicherung; die hier geltenden Grundsätze sind zum Teil auch dort anwendbar; die bei der Behandlung der Streitigkeiten aus der Arbeiterversicherung gewonnene Geschäftserfahrung ist bei der Beurteilung der Militärversorgungsangelegenheiten ein schätzbarer Behelf; die prozessuale Behandlung dieser ist dem im Arbeiterversicherungswesen bewährten Verfahren nachgebildet. Von den Beamten der Oberversicherungsämter kann eine von sozialem Geist getragene, unparteiische und rasche Erledigung der Versorgungsstreitigkeiten erwartet werden.

Aber es darf doch nicht übersehen werden, daß es sich bei einer großen Zahl von Militärversorgungsangelegenheiten um sachlich sehr schwer zu entscheidende Streitfälle handelt, besonders bei inneren Leiden, Nerven- oder Geisteskrankheiten, wo sich der ursächliche Zusammenhang mit dem Heeresdienst oft recht schwer beurteilen läßt, bei Offizierpensions- und Hinterbliebenenangelegenheiten usw., Fällen, in denen früher langwierige Prozesse die Gerichte beschäftigt haben. Diesen schwierigen, massenhaft andrängenden Stoff sollen die Oberversicherungsämter so nebenher bewältigen. Wenn man Behörden eine derartige Aufgabe überträgt, sollte man doch auch die bestehenden Möglichkeiten im Auge behalten und die notwendigen Folgerungen ziehen. Es gibt Oberversicherungsämter, die trotz der bedeutenden Geschäftsmehrung keinen neuen Referenten erhalten haben. Obwohl eine rein richterliche Tätigkeit in Frage steht, hat man bis jetzt den Vorsitzenden der Kammern der Militärversorgungsgerichte die Garantien der richterlichen Unabhängigkeit und Sicherheit nicht allgemein zuerkannt. Nur die Direktoren der Oberversicherungsämter sind nach der RVO. unwiderruflich angestellt. Die Mitglieder, denen in der Regel die Hauptlast der Vorsitzendentätigkeit in den Kammern der Militärversorgungsgerichte zufällt, entbehren dieses Schutzes. Sie verbrauchen ihre Kraft in den äußerst heiklen, besondere Umsicht, Gewandtheit und Takt, Sach- und Menschenkenntnis erfordernden Verhandlungen gegenüber den häufig krankhaft erregten, schwer zu behandelnden Rentenklägern und sind ihren persönlichen Angriffen, unter Umständen selbst schweren Drohungen und der Gefahr ausgesetzt, wegen ihrer Rechtsprechung Nachteilen in ihrer dienstlichen Stellung zu begegnen. Der als Beisitzer zugezogene Richter genießt den Schutz der Unabhängigkeit; der Vorsitzende, der die Hauptaufgabe und die Verantwortung trägt, nicht! Es ist an der Zeit, daß hier ungesäumt Abhilfe getroffen wird.

Auch sonst dürften die Beamten der Oberversicherungsämter, die zugleich Vorsitzende der Kammern der Militärversorgungsgerichte sind, ein Anrecht auf größeres Entgegenkommen haben. Es ist wohl ein einzig dastehender Fall, daß eine Behörde durch gesetzliche Zuweisung eines fremden Geschäftskreises eine Verdoppelung ihrer Dienstaufgaben erfahren hat. Allerdings gilt mit Recht der Satz, daß außerordentliche Verhältnisse erhöhte Leistungen erfordern, und kein pflichtbewußter Beamter wird versäumen, das Äußerste seiner Kraft einzusetzen, um den vermehrten Anforderungen zu genügen. Aber der Arbeiter ist auch seines Lohnes wert, und Zurücksetzung wirkt verbitternd. Wenn alle bei den Kammersitzungen Mitwirkenden besonders entschädigt werden, so auch der als Beisitzer tätige Richter und der militärische Beisitzer (Offizier oder Militärbeamte), der als Berichterstatter tätig ist, während allein der den Vorsitz führende Beamte des Oberversicherungsamtes seine Doppelarbeit unentschädigt leisten muß, so liegt darin eine Unbilligkeit, die im Interesse der Sache wie der beteiligten Beamten auf irgendeine Weise ausgeglichen werden sollte.

X.

Versorgungsansprüche aus einer nach dem Ges. v. 27. 6. 71 abgefundenen Dienstbeschädigung bei Hinzutritt einer neuen, nach dem M. V. G. v. 31. 5. 1906 zu beurteilenden Dienstbeschädigung.

Nach § 45 MVG. (Militärversorgungsgesetz) bleiben für die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes aus dem aktiven Militärdienst entlassenen Personen (abgesehen von den dort bestimmten, hier nicht zu besprechenden Ausnahmen) die bisherigen Gesetzesvorschriften in Kraft. Die Dienstbeschädigten beziehen also ihre alten Klassensätze nach den Bestimmungen des Ges. v. 27. 6. 1871 (S. 65) und den dazu erlassenen gesetzlichen Änderungen.

Wenn ein solcher Rentenempfänger, zum Kriegsdienst eingezogen, eine neue Dienstbeschädigung erleidet, bezieht er hierfür seine aus dem Gesetze von 1906 sich ergebende Rente, d. h. er bezieht zwei Renten, die eine feste Rente nach dem alten Gesetze und die zweite prozentuale Rente nach dem neuen Gesetze (§§ 1, 3, 9 MVG.). Dieser Rechtszustand findet aber in der Praxis der Versorgungsämter nicht oder nicht überall Anwendung; vielmehr ermitteln sie die Gesamterwerbsfähigkeitseinbuße infolge beider Leiden einheitlich und setzen nunmehr unter Aufhebung der früheren Rente eine einheitliche prozentuale Rente nach dem Gesetz von 1906 fest. Dieser Grundsatz ist in dem viel benutzten Behördenhandbuch von Meier-Demmig, Ausführung 7 zu § 30 MVG. vertreten und stützt sich auf den Erlaß des KM. (Kriegsministeriums) v. 17. 5. 1915. 501. 5. 15. C 2. Er kann aber als berechtigt nicht anerkannt werden, weil er der ausdrücklichen gesetzlichen Bestimmung des § 45 MVG. widerspricht. Es handelt sich bei der Prüfung der Frage im wesentlichen um die Anwendung des § 30 MVG., der sogen. clausula rebus sic stantibus. Eine Änderung erfolgt hiernach dann, wenn in den Verhältnissen, die für die Bewilligung maßgebend sind, eine wesentliche Veränderung eintritt. Das liegt natürlich dann vor — von der Besserung kann hier natürlich abgesehen werden — wenn sich das Dienstbeschädigungsleiden wesentlich verschlimmert und infolge dieser Verschlimmerung eine weitere Einbuße der Erwerbsfähigkeit eintritt. Aber diese Verschlimmerung muß doch immer auf das alte Leiden und seine naturgemäße Fortentwicklung zurückzuführen sein. Wenn der Versorgungsberechtigte an

einem anderen Leiden erkrankt und durch dieses in seiner Erwerbstätigkeit beeinträchtigt wird, ohne daß dieses Leiden mit dem Versorgungsleiden zusammenhängt (z. B. ein an einer Hand gelähmter Mann erkrankt später an einem schweren Magenleiden), so kommt natürlich eine Rentenerhöhung nach § 30 MVG. nicht in Frage. Denn hier handelt es sich eben nicht um Verhältnisse, die für die erste Rentenbewilligung maßgebend waren. Wenn diese zweite Erkrankung nun auf Diensteinflüsse zurückzuführen ist, also selbst wieder Dienstbeschädigung ist, so ist der Rechtszustand natürlich kein anderer. Denn auch hier haben sich die für die Rentenbewilligung wegen des früheren Dienstleidens maßgebenden Verhältnisse in keiner Weise geändert. Das neue Leiden begründet dann einen neuen Versorgungsanspruch, der die prozentuale Rente nach dem neuen Gesetze rechtfertigt; aber nicht in Form einer Erhöhung der alten Rente nach § 30, sondern in neuer Ermittlung der hinzugekommenen Prozente der Erwerbsfähigkeitseinbuße.

Die Mathematik der Errechnung ist theoretisch einfach: Ermittlung des jetzigen Gesamtgrades unter Abzug des Grades der Einbuße infolge des früheren Leidens. Praktisch wird sie aber dadurch schwierig, daß in dem Verfahren nach dem alten Gesetz ein Prozentsatz hierzu wegen der festen Sätze nicht festgesetzt ist. Doch wird sich das durch Untersuchungen unschwer ermitteln lassen. Wichtig ist das vor allen Dingen auch deshalb, um zu prüfen, ob der hinzugekommene Grad 10 % erreicht (§ 1 MVG.).

Schwieriger ist schon die rechtliche Beurteilung, wenn nicht ein neues selbständiges Leiden hinzugekommen ist, sondern wenn es sich um eine Verschlimmerung des alten Leidens infolge einer Dienstbeschädigung handelt (§ 4 MVG.). Daß auch hier nur eine Verschlimmerung mit der Folge einer Erhöhung der Erwerbsfähigkeitseinbuße von mindestens 10 %, d. h. eine wesentliche Verschlimmerung in Frage kommen kann, ist selbstverständlich.

Diese wesentliche Verschlimmerung gibt einen selbständigen Anspruch nach §§ 1, 3, 9 MVG., und zwar der Höhe nach nur in dem Grade der hierdurch verursachten, also hinzugetretenen Erwerbsfähigkeitseinbuße. Diese Tatsache allein genügt m. E. schon, um eine Verquickung beider Ansprüche zu einer einheitlichen Beurteilung zu verneinen.

§ 30 MVG. will die späteren Veränderungen berücksichtigen und eine Rentenerhöhung eintreten lassen. Aber der Grundgedanke ist doch unzweifelhaft der, daß die natürliche Fortentwicklung des Leidens Berücksichtigung finden soll, daß also der ursächliche Zusammenhang mit der ursprünglichen Dienstbeschädigung gewahrt sein muß. Die tatsächliche Würdigung des Sachverhaltes kann in dieser Beziehung unter Umständen außerordentlich schwierig sein, und eine Veränderung der für die Bewilligung maßgebenden Umstände kann auch dann vorliegen, wenn die veränderten Umstände nicht aus dem Leiden und seinen unmittelbaren Folgen von innen herausgewachsen sind, sondern von außen hinzugekommen sind. Aber immer müssen die Umstände in einem ursächlichen Zusammenhange stehen mit dem ursprünglichen Dienstbeschädigungsleiden, sie müssen letzten Endes durch dieses bedingt sein. Denn das Gesetz gibt eben die Versorgung nur für die Folgen der Dienstbeschädigung. Wenn demzufolge an sich auch eine durch Kriegsdienstbeschädigung verursachte Weiterentwicklung des alten Dienstbeschädigungsleidens und die Verschlimmerung seiner Erwerbsfähigkeitsfolgen das erste Leiden als ursächliche Grundlage zur Voraussetzung hat, wenn es sich also für den Versorgungsberechtigten um eine aus dem ersten Leiden entstandene und durch für ihn unabwendbare Einflüsse hervorgerufene Veränderung handelt, wenn also insofern die Voraussetzungen des § 30 MVG. gegeben erscheinen, so muß doch die Tatsache, daß der Versorgungsberechtigte für die Verschlimmerungsfolgen einen selbständigen Versorgungsanspruch hat, zu einer Vereinigung der Frage einer Gesamtbeurteilung und veränderten Festsetzung auf Grund des ersten Leidens nach § 30 MVG. führen. Da mithin für die Folgen der neuen Kriegsdienstbeschädigung (Verschlimmerung) eine besondere Rente festgesetzt und ausgezahlt werden muß, so wird die alte Rente an sich nicht berührt, in den für ihre Bewilligung maßgebenden tatsächlichen Verhältnissen ist eine Veränderung nicht eingetreten. Man müßte denn schon den neuen Anspruch leugnen. Ist allerdings das erste Dienstleiden schon nach dem Gesetze von 1906 beurteilt worden, so ist das Endergebnis dasselbe: der Versorgungsberechtigte erhält die Gesamtprozente seiner Einbuße. Wenn der Weg zu diesem Endergebnis nicht über § 30 MVG. geht, sondern sich aus der Zusammenrechnung beider selbständiger Renten ergibt, so mag formell nichts dagegen eingewandt werden, das Endergebnis in einem neuen zusammenfassenden Bescheid zum Ausdruck zu bringen, der — und daran ist festzuhalten — aber eben nur wegen der neuen Rente ein neuer Bescheid ist, die alte Rente aber nicht neu entscheidend, sondern nur rechnerisch zusammenfassend in sich aufgenommen hat.

Anders aber ist die Sach- und Rechtslage in dem hier besprochenen Falle, in dem der Versorgungsberechtigte für das erste Leiden einen der Sätze des § 65 des Ges. v. 1871 erhält. Sein Pensionsanspruch gründet sich auf dieses Gesetz, und die Bestimmungen des MVG. greifen auch dann nicht Platz, wenn sich das Pensionsleiden nach 1906 verschlimmert hat. Es findet also gar nicht der § 30 MVG. Anwendung (das Handbuch von Meier-Demmig geht also darin auf einem dem ausdrücklichen Gesetzeswortlaut und Sinn des § 45 MVG. widersprechenden Wege), sondern es muß nach den §§ 85, 84 des alten Gesetzes, bei „späterer Steigerung der Invalidität" (viel engerer Begriff als die „veränderten Verhältnisse" des § 30 MVG.) später eine Heraufsetzung in eine höhere Pensionsklasse des § 65 des Ges. v. 1871 erfolgen. Hieraus, d. h. aus der gesetzlichen Nichtanwendbarkeit des § 30 MVG., ist eine einheitliche Beurteilung des gesamten Zustandes unter Verquickung beider Dienstbeschädigungen nach dem MVG. §§ 1, 3, 9 und 38 unmöglich und gesetzwidrig. Ganz klar und deutlich ergibt sich hier, daß der Versorgungsberechtigte einen Anspruch aus der Kriegsdienstbeschädigung (Verschlimmerung) nach §§ 1, 3, 9 MVG. hat und daß er nicht in unbegründeter Verneinung auf die clausula rebus sic stantibus des § 85 Ges. v. 1871 verwiesen und dadurch schlechter gestellt werden kann. Denn daß § 30 auf ihn nicht anwendbar ist, gebietet § 45, und daß die Anwendung nur des älteren Gesetzes §§ 85, 84, 65 eine durch nichts gerechtfertigte Schlechterstellung bedeuten würde, bedarf hier eines ziffernmäßigen Nachweises nicht.

Daß für die neu hinzukommende Rente bei Verschlimmerung eines alten Leidens, gleichgültig, ob für dieses alte Leiden schon eine Pension oder Rente zuständig ist oder nicht, nur der Prozentsatz des durch die Verschlimmerung verursachten, also hinzugekommenen Grades der Erwerbsunfähigkeit zuständig ist, ist so folgerichtig und eigentlich selbstverständlich, daß die Vertretung einer anderen Ansicht, wie sie aber in dem genannten Werk von Meier-Demmig (Anm. 37 zu § 3 MVG.) und in der Rechtsübung der Versorgungsämter gehandhabt wird, wundernehmen muß.

Ich verweise zur Widerlegung hier nur auf Olshausen-Dorn S. 18, 19, und auf meine in einem der nächsten Hefte erscheinende Abhandlung hierzu im Zentralblatt der Reichsversicherung. Die besprochene Lösung der gestellten Frage könnte nun — wie bei Meier-Demmig — mit einem Hinweis auf den Erlaß des KM. 501. 5. 15. C 2 v. 17. 5. 15 bekämpft werden. Dem ist nur das eine entgegenzuhalten: das Kriegsministerium kann nicht das Gesetz da abändern, wo ihm nicht das Gesetz selbst die Befugnis anderweitiger Regelung übertragen hat, und das ist eben nicht geschehen. Wenn also im § 45 MVG. deutlich bestimmt ist, für welche Ansprüche das Gesetz von 1871 anwendbar bleibt und für welche das MVG. gilt, so ist diese Regelung auch für das Kriegsministerium bindend, m. a. W. alle dem Gesetze widersprechenden Anordnungen des Kriegsministeriums sind **ungültig**. Das KM. hat in dieser Hinsicht auch an anderen Stellen gesündigt und allzu viel Kasuistik getrieben und schematisiert und damit die Arbeit der Versorgungsstellen und -ämter in Wirklichkeit keineswegs erleichtert. Die Militärversorgungsgerichte werden sich ohnehin schon nur an die gesetzlichen Bestimmungen halten dürfen.

Bei der vielfach angekündigten Neuregelung des ganzen Versorgungswesens, die dringend notwendig erscheint, wird es lohnende Aufgabe sein, mit dem ganzen Wust der Kriegsministerialerlasse gründlich aufzuräumen.

Landrichter Breme in Münster i. W.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Richtlinien für die Behandlung tuberkulöser Lungenkranker im Rahmen des Heilverfahrens der Inv.- und Hinterbl.-Vers.

Die nachstehenden „Richtlinien" hat das Reichsversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose und nach Beratung mit Vertretern von Landesversicherungsanstalten und mit Heilstättenärzten aufgestellt. Sie sollen den Versicherungsanstalten Anregung geben, um ihren großzügigen Kampf gegen die Tuberkulose mit dem jetzt gebotenen erhöhten Nachdruck und mit noch besserem Erfolge fortzuführen. Insbesondere zielen die Richtlinien ab auf eine möglichst lückenlose Erfassung der Tuberkulösen durch engstes Zusammenarbeiten aller auf diesem Gebiete tätigen Einrichtungen, ferner auf die irgend erreichbare Ausnutzung der vorhandenen Heilstätten durch Einführung einer Vorbeobachtung der Kranken in besonderen Beobachtungsstellen, und im Zusammenhange damit durch schärfere Sichtung der Kranken nach den im Abschnitt IV aufgestellten Gruppen. Endlich wird in den Richtlinien auf die Bedeutung einer ausgedehnteren Bekämpfung der Tuberkulose schon im Kindesalter und auf den Wert der Arbeitsbehandlung in den Heilstätten hingewiesen. (Amtl. Nachr. des RVA. 1919 S. 438.)

I. Die erhebliche Zunahme der Tuberkulosesterblichkeit läßt befürchten, daß für längere Zeit mit einer stark vermehrten Zahl von behandlungs- oder sonst fürsorgebedürftigen, tuberkulösen Lungenkranken zu rechnen ist. Daraus erwächst auch den Trägern der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Aufgabe, die vor dem Kriege erfolgreich geführte Bekämpfung dieser Volksseuche mit noch größerem Nachdruck fortzusetzen.

II. Zunächst handelt es sich dabei um den weiteren Ausbau des Fürsorgestellenwesens im Sinne des Rundschreibens des Herrn Reichskanzlers vom 13. März 1917 (Amtliche Nachrichten des RVA. 1917 S. 415) durch Stärkung der bereits vorhandenen, aber vielfach nicht genügend leistungsfähigen und durch Schaffung neuer Fürsorgestellen. Es ist erwünscht, daß die Landesversicherungsanstalten auf Grund der ihnen durch § 1274 der RVO. gegebenen Befugnis dazu beitragen, daß eine tunlichst lückenlose Erfassung aller Tuberkulösen erreicht wird (zu vgl. Runderlaß vom 27. Juni 1917 — II 4720, Amtliche Nachrichten des RVA. 1917 S. 504).

III. Sodann werden besondere Maßregeln erforderlich, um die erhöhte Zahl der tuberkulösen Lungenkranken einem Heilverfahren oder der Invalidenpflege zuzuführen.

Mit dem Neubau von Lungenheilstätten ist vorerst wegen der Höhe der Baukosten und der Schwierigkeit der Materialbeschaffung kaum zu rechnen; ob vorhandene Gebäude, die bisher anderer Bestimmung gedient haben, für die Zwecke der Tuberkulosebehandlung nutzbar gemacht werden können, bedarf der Prüfung. Dem gesteigerten Bedürfnis kann aber auch in gewissem Umfang durch möglichst sorgfältige Auswahl der Heilstättenpfleglinge in Verbindung mit einer dem Einzelfall angemessenen Begrenzung der Kurdauer Rechnung getragen werden. Hierfür hat sich die Vorbeobachtung aller derjenigen Fälle, bei denen das Vorhandensein einer tuberkulösen Erkrankung oder die Eignung für eine Heilstättenbehandlung nicht zweifelsfrei feststeht, in besonderen Beobachtungsstellen bewährt. Bei Neueinführung dieses Verfahrens ist ein einheitliches Vorgehen anzustreben, sei es durch Schaffung einer einzigen Beobachtungsstelle für den ganzen Anstaltsbereich, sei es durch Einrichtung mehrerer derartiger Stellen, die nach gleichen Grundsätzen arbeiten.

Die Beobachtungsstelle soll mit allen zur Sicherung der Diagnose erforderlichen Hilfsmitteln, insbesondere auch einem Röntgenapparat, versehen sein und über eine gewisse Anzahl von Betten für ständige Beobachtung verfügen. Sie kann an ein Krankenhaus, eine Fürsorgestelle und je nach Lage der Verhältnisse auch an eine Heilstätte angelehnt werden.

IV. Je nach dem Ergebnis der Beobachtungen kommen folgende Maßnahmen in Betracht:

1. Antragsteller, bei denen eine aktive Tuberkulose nicht besteht, d. h. Kranke, bei denen der tuberkulöse Vorgang ruht, sind, wenn sie nach ihrem Allgemeinzustand einer Anstaltsbehandlung nicht bedürfen, der zuständigen Fürsorgestelle für Lungenkranke zur Überwachung zuzuweisen.

2. Kranke der vorbezeichneten Art, die der Erholung bedürfen, sollen in einem Erholungsheim untergebracht werden. Hierfür werden im allgemeinen Neubauten entbehrlich sein. Verwendbar sind außer Genesungsheimen Behelfsbauten (Baracken usw.), freiwerdende Lazarette sowie Walderholungsstätten mit Übernachtungseinrichtung. Besonderer Wert ist auf ausreichende ärztliche Überwachung zu legen. In zahlreichen Fällen dieser Art wird eine Kurdauer von wenigen Wochen zur Wiederherstellung genügen.

3. Kranke mit aktiver geschlossener oder offener Lungentuberkulose, mit Ausnahme der in Ziffer 4 erwähnten Fälle, bedürfen im allgemeinen der in ihrer Dauer möglichst der Art des Einzelfalls anzupassenden Behandlung in einer Lungenheilstätte.

Dies gilt auch für Fälle des ersten Stadiums, sofern durch das klinische Krankheitsbild aktive Tuberkulose gesichert erscheint. Ebenso sind fortgeschrittene Fälle nach Möglichkeit zu berücksichtigen, solange die Aussicht besteht, drohende Invalidität fernzuhalten oder vorhandene Invalidität zu beseitigen. Es begegnet keinem Bedenken, unter den gebotenen Sicherungen leichte und schwere Fälle in der nämlichen Heilstätte unterzubringen. Kranke mit länger dauerndem hohen Fieber werden zweckmäßig zunächst in Krankenhäusern, nicht in Heilstätten untergebracht.

4. Es ist anzustreben, daß Kranke mit offener Lungentuberkulose, deren Invalidität nicht mehr abzuwenden ist, geeigneten Pflegeheimen zugeführt werden. Als solche kommen vornehmlich ländliche Krankenhäuser in Betracht. Außerdem können solche Kranke in Tuberkulosekrankenhäusern und nach Maßgabe der verfügbaren Plätze auch in Lungenheilstätten untergebracht werden. Um die Einwilligung der Kranken zum Eintritt in solche Anstalten herbeizuführen, empfiehlt es sich, nicht nur den Kranken einen Teil der Rente zu belassen, sondern außerdem darauf hinzuwirken, daß auch andere Stellen, namentlich Gemeinden, sich an der wirtschaftlichen Sicherstellung der Familie der Kranken außerhalb des Rahmens der Armenpflege beteiligen.

Die unter Ziffer 2 bis 4 genannten Fälle sind, soweit sie nicht bereits in der Überwachung einer Fürsorgestelle stehen, der zuständigen Fürsorgestelle alsbald bekanntzugeben, damit die Angehörigen- und Wohnungsfürsorge frühzeitig in die Hand genommen und für die unter Ziffer 3 bezeichneten Kranken bis zur Aufnahme in die Heilstätte eine geeignete Fürsorge getroffen werden kann. Der Fürsorgestelle ist auch von der bevorstehenden Entlassung Kenntnis zu geben.

V. In den Lungenheilstätten ist nach genügender Besserung der Kranken auf eine unter ständiger ärztlicher Überwachung stehende, vorsichtig beginnende und allmählich gesteigerte Arbeitsbehandlung Bedacht zu nehmen, durch die der Gefahr einer unvermittelten Aufnahme der vollen Berufstätigkeit begegnet und der Kranke gegebenenfalls angeregt wird, sich einem gesundheitlich einwandfreien Berufe zuzuwenden. In Verbindung mit den örtlich zuständigen Arbeitsnachweiseinrichtungen ist den Kranken der Übertritt in solche Berufe zu erleichtern.

VI. Die Bekämpfung der Lungentuberkulose im Kindesalter ist zwar in erster Reihe Gegenstand der Fürsorge des Staates und der Gemeinden. Die Bedeutung einer frühzeitigen Ermittlung und vorbeugenden Behandlung tuberkulöser oder tuberkulosebedrohter Kinder läßt es aber erwünscht erscheinen, daß auch die Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, solange ihnen nicht das Gesetz die Handhabe zu einer weiteren Betätigung auf diesem Arbeitsfelde bietet, wenigstens im Rahmen der §§ 1274, 1277 der RVO. sich daran tunlichst beteiligen.

VII. Soweit es sich um tuberkulöse Erkrankungen anderer Art handelt, finden die vorstehenden Grundsätze sinngemäße Anwendung.

VIII. Die Bekämpfung der Tuberkulose durch die Landesversicherungsanstalten verspricht nur dann einen durchgreifenden Erfolg, wenn sie sich dabei mit den übrigen Trägern der öffentlich-rechtlichen Versicherung, den hierzu berufenen staatlichen und gemeindlichen Stellen sowie den für die Tuberkulosebekämpfung bestehenden besonderen Organisationen (Provinzial- und Landesvereinen, -ausschüssen, -verbänden) in zielbewußter Gemeinarbeit zusammenfinden.

Zur Krankenversicherung Erwerbsloser durch die Gemeinde.

Eine Krankenkasse hatte sich unter Bezugnahme auf unsere Auskunft 1919 Heft 36 S. 720 Ziff. 10a an den zuständigen Regierungspräsidenten gewendet mit dem Ersuchen, den Magistrat zu veranlassen, die Anmeldung der Erwerbslosen zu bewirken. Hierauf hat der Regierungspräsident folgenden Bescheid erteilt:

„Gemäß § 12a bis 12f der Bekanntmachung, betreffend die Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge vom 16. April 1919 (RGBl. S. 416) ist den Gemeinden die Versicherung sämtlicher Erwerbslosen bei den Krankenkassen freigestellt. Ich sehe mich daher nicht in der Lage, den Magistrat zu veranlassen, daß sämtliche Erwerbslose versichert werden, halte mich auch zur Entscheidung dieser Angelegenheit nicht für zuständig."

Mit Recht nennt die Kasse diesen Bescheid nichtssagend. Der Regierungspräsident weicht aus, statt pflichtmäßig auf Grund seines Aufsichtsrechts zu prüfen, ob der Magistrat seine Schuldigkeit erfüllt, und nötigenfalls einzuschreiten.

Die Verfolgung der Rentenansprüche der Kriegsbeschädigten und Kriegerhinterbliebenen.

Die Verordnung vom 1. Februar 1919 über Änderung des Verfahrens in Militärversorgungssachen ermöglicht den Kriegsbeschädigten und Kriegerhinterbliebenen in weitem Umfang die Verfolgung ihrer Rentenansprüche vor den Militärversorgungsgerichten, die bei den Oberversicherungsämtern gebildet sind, und vor dem Reichsmilitärversorgungsgericht, das dem Reichsversicherungsamt angegliedert ist. In beiden Instanzen wirken auch Kriegsbeschädigte als Beisitzer mit. Aber auch den Rentenberechtigten, über deren Ansprüche schon vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung rechtskräftig entschieden worden ist, und die erst nach dem 1. August 1914 entlassen worden sind, wird, wie die „Krieger-Zeitung" schreibt, der Rechtsweg vor den Militärversorgungsgerichten eröffnet. Sie müssen aber bis spätestens 31. Dezember 1919 Antrag auf Erteilung eines neuen Bescheides an die Militärverwaltungsbehörde stellen. Entspricht der neue Bescheid der unteren Verwaltungsbehörde wiederum nicht den Wünschen der Rentenberechtigten, so können sie Einspruch an die übergeordnete Behörde einlegen. Der Einspruch sowohl wie die Berufung und der Rekurs sind — worauf mit besonderem Nachdruck hingewiesen sei — binnen einem Monat nach der Zustellung des Bescheides einzulegen; der Einspruch ist schriftlich oder mündlich bei der Versorgungsstelle (bisheriges Bezirkskommando) oder der örtlichen Stelle der Kriegsbeschädigten- und Kriegerhinterbliebenenfürsorge einzulegen. Die Berufung ist sodann an das Militärversorgungsgericht und der Rekurs an das Reichs-Militärversorgungsgericht zu richten. Die Einlegung des Rechtsmittels bei einer falschen Behörde schadet nichts, wenn sie nur innerhalb der Monatsfrist bei einer deutschen amtlichen Stelle, zu denen auch die örtlichen Stellen der Kriegsbeschädigten- und Kriegerhinterbliebenenfürsorge zählen, oder einem Träger der Reichsversicherung eingeht.

Die neue Kriegsfürsorge.

Zur einheitlichen Regelung der Kriegsfürsorge sind jetzt drei Gesetzentwürfe fertiggestellt worden. Die drei Gesetze sollen die Neugestaltung der Rentenversorgung, die Regelung der Kostenfrage und ein

Spezialgesetz über den Beschäftigungszwang Schwerkriegsbeschädigter umfassen. Diese drei Reichsgesetze sollen in der Art ihres Aufbaus zugleich eine Neugestaltung der sozialen Kriegsbeschädigten- und Hinterbliebenenfürsorge, den Ausbau der Organisation und die Umstellung des Militärsanitätswesens für die Bedürfnisse des entmilitarisierten Reiches bringen. Diese Gesetzgebung wird auf rund 2½ Millionen Kriegshinterbliebene und rund 1½ Millionen Kriegsbeschädigte zur Anwendung gelangen.

Der erste Gesetzentwurf über die Rentenversorgung wird aus einer Verschmelzung des Mannschaftsversorgungsgesetzes, des Gesetzes über die Hinterbliebenenversorgung und des Offizier-Pensionsgesetzes hervorgehen. Bei Bemessung der Rente wird von einem Existenzminimum auszugehen sein, das bei völliger Erwerbsunfähigkeit für den Lebensunterhalt ausreicht. Der Kriegsveteran als Orgelmann und Straßenbettler wird daher endlich verschwinden. Wenn auch der Gedanke einer Einheitsrente wieder auftauchen wird, so doch in neuer, bisher nicht gekannter Form, nämlich im Sinne progressiver Steigerung der Rentenbemessung nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit. Fallen wird der bisherige Unterschied zwischen Offizier und Mannschaft, berücksichtigt werden im Entwurf Berufseinkommen, Familienstand, örtliche Teuerungsverhältnisse des Rentenempfängers. Die Regelung wird durch Zuschläge zur Einheitsrente erfolgen. Heil- und ärztliche Nachbehandlung werden auf gesicherte Rechtsgrundlage gestellt, die Herstellung und Beschaffung von Ersatzgliedern den Forderungen der Kriegsbeschädigten angepaßt, das Kapitalabfindungsgesetz wird ausgebaut, und das Problem der Ausnützung der halben Arbeitskräfte großzügiger Lösung entgegengeführt. Für die Kriegshinterbliebenen wird die Rente der des Gefallenen angegliedert werden. Die bisherigen Härten, die die Hinterbliebenenrente aufweist, fallen. Für die Kriegerwitwen wird der Grundsatz befolgt, daß die Versorgung so bemessen sein muß, daß sie nicht gezwungen sind, zum Schaden der Kindererziehung lediglich dem Erwerb nachzugehen. Hier wird also auch eine auskömmlichere Rente als bisher im Sinne des Existenzminimums festgelegt werden. Die Erziehung und Ausbildung der Kinderwaisen ist Sache des Staates. Der Unterschied zwischen ehelichen und unehelichen Kindern von Gefallenen kommt in Wegfall, die Wiederverheiratung der Kriegerwitwen ist durch Gewährung angemessener Abfindungen aus sozialen wie bevölkerungspolitischen Gründen zu unterstützen. Für die dauernd Hilflosen, die zu keiner Arbeit mehr fähig sind, daher dauernd der Wartung und Pflege bedürfen, werden besondere Unterkunftsgelegenheiten geschaffen werden.

Der zweite Gesetzentwurf regelt die Kostenfrage. Dieser Gesetzentwurf wird in zwei Hauptteile zerfallen: a) Die Kosten der Verwaltung (Personal- und Büroaufwand), b) die Kosten für die Kriegsfürsorge. Während die Kosten zu b) ausschließlich Aufgabe des Reiches sind, werden in dem Gesetzentwurfe die Kosten zu a) von den Ländern und Selbstverwaltungskörpern (Bezirke und Städte) mitzutragen sein.

Das dritte Gesetz wird die Beschäftigung der Schwerkriegsverletzten regeln. Dieser Gesetzentwurf wird davon ausgehen, jeden privaten Betrieb und jede staatliche und städtische Behörde für geeignete Stellen in erster Linie auf Kriegsbeschädigte zu verpflichten. Der Gesetzentwurf soll den Reichsarbeitsminister ermächtigen, einen bestimmten Hundertsatz festzusetzen, nach dem unter den Angestellten Kriegsbeschädigte sein müssen. Im Sinne dieses Gesetzentwurfes sollen als Schwerkriegsbeschädigte diejenigen gelten, die mit 50 v. H. Erwerbsunfähigkeit aus dem Kriege zurückgekehrt sind, ausnahmsweise auch solche, die eine geringere Rente beziehen. Außerordentlich wichtig und neu wird sein, daß den Schwerkriegsbeschädigten auch die Schwerunfallverletzten gleichgestellt werden sollen. Mit dem Vollzug dieses Gesetzes werden in erster Linie die Hauptfürsorgestellen der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge betraut werden.

Die Versorgungsbehörden haben sich zu großen, schwerfälligen Arbeitskörpern ausgewachsen, denen es an geschultem Personal fehlt. Der Neuaufbau der Organisation wurde im Reiche bereits begonnen, indem das Versorgungs- und Sanitätswesen für die Kriegsopfer auf das Reichsarbeitsministerium übergegangen ist. Die Umgestaltung der Versorgungsbehörden aus militärischen in bürgerliche Stellen — es handelt sich um etwa 40000 Angestellte und Beamte — kann nur langsam vor sich gehen, soll nicht der ganze Apparat zusammenklappen. Es wird eine stärkere Dezentralisation eingeleitet. Die Bezirkskommandos werden zu Versorgungsstellen erster Instanz ausgebildet, sie unterstehen den Versorgungsämtern, die als Berufungsinstanz fungieren sollen und im übrigen Verwaltungsangelegenheiten wichtiger Art zu besorgen haben. Die Kaiser-Wilhelm-Akademie wird zu einer reichszentralen Ausbildungs- und Fortbildungsstätte für Beamte und Angestellte der Kriegsbeschädigten- und Hinterbliebenenfürsorge wie des Sanitätswesens ausgestaltet werden.

Wiederkehrende ärztliche Untersuchungen von Krankenkassenmitgliedern auf ihren Gesundheitszustand.

Für diesen Zweck ist bei den Kruppschen Werken seit dem 15. 11. 19 eine beachtenswerte Einrichtung getroffen, von der die Mitglieder der Betriebskrankenkassen für die Gußstahlfabrik Friedr. Krupp, A.-G. in Essen in regelmäßigen Zeitabständen Gebrauch machen können. Die Benutzung dieser Einrichtung ist eine freiwillige; sie hat den Zweck, den allgemeinen Gesundheitszustand zu heben, die gesundheitsmäßige Lebensweise zu fördern, Krankheiten festzustellen und zu ihrer Behebung durch rechtzeitige Verweisung in ärztliche Behandlung anzuregen. Eine ärztliche Behandlung findet bei Gelegenheit dieser Untersuchungen nicht statt. Den Kassenmitgliedern soll Gelegenheit gegeben werden, sich mindestens alle zwei Jahre untersuchen zu lassen. Anträgen auf Untersuchung in kürzeren Zeitabständen soll nach Möglichkeit entsprochen werden.

Die Untersuchungen erfolgen nach einem vom Vorstand der Krankenkasse aufgestellten Plan. Mindestens eine Woche vor der Untersuchung wird den Kassenmitgliedern durch ihren Betrieb mitgeteilt werden, an welchem Tage sie sich zur Untersuchung stellen können. Die Untersuchungen werden in den besonders dazu hergerichteten Räumen im Verwaltungsgebäude der Krankenkasse (an den Wochentagen außer Sonnabends in der Zeit von 2½—5½ Uhr nachmittags) vorgenommen. Sie erstrecken sich auf alle lebenswichtigen Organe, Körperwärme, Körpergewicht. Brustumfang und — falls erforderlich — Blutdruck wird ermittelt; der Urin wird auf Eiweiß und Zucker untersucht. Wenn es geboten erscheint, finden auch Untersuchungen des Blutes, des Auswurfs oder des Mageninhalts und Röntgenaufnahmen statt.

Werden bei der Untersuchung Krankheitserscheinungen festgestellt, die der ärztlichen Behandlung bedürfen, so ist dem Mitgliede anzuraten, einen Arzt in Anspruch zu nehmen. Soweit ärztliche Behandlung nicht erforderlich ist, kann der untersuchende Arzt das Mitglied darauf aufmerksam machen, auf bestimmte körperliche Erscheinungen zu achten, oder ihm nahelegen, die Lebensweise dem Gesundheitszustande entsprechend zu regeln. Auch soll der untersuchende Arzt, wenn der Gesundheitszustand oder Körperzustand dazu Anlaß bietet, dem Untersuchten aufgeben, Antrag auf Einleitung eines Heilverfahrens, auf Bewilligung einer besonderen Kur oder von Landaufenthalt oder von Arbeitserleichterungen zu stellen oder sich an die zuständige Beratungsstelle zu wenden.

In gewissen Fällen wird der Arzt dem Untersuchten empfehlen, sich wieder nach einer bestimmten Zeit zur Untersuchung vorzustellen. Es wird erwartet, daß die Mitglieder solchen Ersuchen Folge leisten.

Der Untersuchungsbefund wird schriftlich niedergelegt. Bei wiederholten Untersuchungen werden die früheren Befunde dem untersuchenden Arzte vorgelegt. In Erkrankungsfällen wird auf Antrag dem behandelnden Arzt der Befund mitgeteilt.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Anspruch auf Familienwochenhilfe wegen einer vor dem 1. 10. 19 erfolgten Niederkunft.

1. Nach Linden (Hannover). Frage: Wir bitten um Ihre Ansicht, ob bei einer vor dem 1. Oktober 1919 erfolgten Geburt der Tag der Niederkunft oder der 1. Oktober 1919 (Tag des Inkrafttretens des Gesetzes vom 26. 9. 19) als Eintritt des Versicherungsfalls anzusehen ist. Die versicherungsfreie Ehefrau eines Mitgliedes ist am 5. 9. 19 entbunden. Das Mitglied gehörte uns an bis einschließlich 5. 9. 19 und vom 14. 10. 19 ab. In der Zwischenzeit war es erwerbslos und kein Kassenmitglied. Ist der Tag der Geburt als Tag des Ereignisses anzusehen, so hat das Mitglied gemäß § 214 RVO. noch Anspruch auf die Familienwochenhilfe, andernfalls aber nicht, da der 1. Oktober bereits außerhalb der dreiwöchigen Frist liegt. Der § 24 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes, der dabei in Betracht kommt, läßt unseres Erachtens sich nach beiden Richtungen hin auslegen.

Antwort: Den Versicherungsfall bildet die Niederkunft, nicht das Inkrafttreten des Gesetzes. Da die Niederkunft am letzten Tage der Mitgliedschaft stattgefunden hat, kommt § 214 RVO. gar nicht in Frage. Der Anspruch auf Familienwochenhilfe nach § 205a Ges. v. 26. 9. 19 ist auf Grund der Mitgliedschaft begründet, jedoch abzüglich der 26 Tage, die zwischen der Niederkunft und dem 1. Oktober liegen. Dies ergibt sich aus dem unseres Erachtens zweifelsfreien Wortlaut des § 24 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes.

Zur Anwendung des § 197 RVO. bei der Familienwochenhilfe für die Frau eines Kriegsteilnehmers.

2. Nach Alsfeld. Antwort: Die Vorschrift des § 197 RVO. bezweckt, „die Abschiebung weiblicher Versicherter, die ihrer Niederkunft entgegensehen, an andere Krankenkassen zu verhindern" (Begr. zur RVO. S. 159). Erstattungspflichtig sind danach nur Kassen, bei denen die Wöchnerin „während des letzten Jahres", d. h. des Jahres vor der Niederkunft, versichert gewesen ist, und zwar nach Verhältnis der in dieses Jahr fallenden Mitgliedzeit. Das gilt nach § 205a Abs. 3 RVO., § 10 Abs. 3 Ges. v. 26. 9. 19, „entsprechend" auch für die Familienwochenhilfe. Hiernach ist eine Kasse nur erstattungspflichtig, wenn der Ehemann (oder Vater usw.) der Wöchnerin im Jahre vor deren Niederkunft bei der Kasse versichert war, und die Erstattungspflicht bemißt sich gleichfalls nur nach der in dieses Jahr fallenden Mitgliedzeit. Wie bei dieser Rechtslage die leistungspflichtige Kasse auf den Einfall kommen konnte, wegen der Leistungen an Familienwochenhilfe für die Frau eines Versicherten, die am 11. 10. 19 entbunden wurde, auf die Mitgliedzeit des Ehemannes bei einer anderen Kasse im Jahre 1914 (!) zurückzugreifen, weil er vom 5. 8. 14 bis 14. 12. 18 beim Heere gestanden habe und die Militärdienstzeit „als eine Unterbrechung der Mitgliedschaft nicht aufzufassen" sei, dies ist vollkommen unbegreiflich. Im Jahre 1914 konnte doch wohl die Frau nicht ihrer im Jahre 1919 erfolgten Entbindung entgegensehen! Eine solche Auslegung des Gesetzes wäre also eine vollkommene Sinnwidrigkeit.

Behandlung der Familienwochenhilfe in den Büchern und im Rechnungsabschluß der Kassen.

3. Nach Mülheim (Ruhr). Antwort: Die Gewährung von Wochenhilfe in gewissen Grenzen war von jeher (zu vgl. schon § 20 KrVersGes.) eine Aufgabe der organisierten Krankenkassen, also eine Leistung der Krankenversicherung im weiteren Sinne. Ist sie demnächst durch die Verordnungen über Kriegswochenhilfe und neuerdings durch das Gesetz vom 26. 9. 19 ausgestaltet worden, so hat sie, soweit sie für eigene Rechnung der Krankenkassen gewährt wird, ihren Charakter als Leistung der Krankenversicherung nicht eingebüßt. Da indessen den Kassen die Leistungen an Familienwochenhilfe nach § 205a RVO. gemäß § 205d durch das Reich zur Hälfte erstattet werden, so ist zwar im Einnahme- und Ausgabebuch der Gesamtbetrag in Ausgabe und der erstattete Betrag in Einnahme zu stellen; im Rechnungsabschluß aber ist der erstattete Betrag abzusetzen, also nur die der Kasse zur Last gebliebene Hälfte als Ausgabe nachzuweisen und nicht noch außerdem die andere Hälfte in der besonderen Zusammenstellung der „Ersatzleistungen" als Einnahme

aufzuführen, da die drei Spalten dieser Zusammenstellung sich nur auf die drei Träger der Reichsversicherung beziehen, zu denen das Reich nicht gehört (zu vgl. hinsichtlich der Kriegswochenhilfe die Bemerkungen des Statistischen Amts in ArbVers. 1916 S. 546, 547).

Zur Anwendung des § 197 RVO. im Falle des § 212 bei der Familienwochenhilfe.

4. **Nach Rh.** Frage: Die Frau eines Mitgliedes der Landkrankenkasse ist am 13. 11. 19 niedergekommen und erhielt bis zum 27. 11. 19 die Familienhilfe von uns. Mit dem 28. 11. 19 wurde der Ehemann infolge Übernahme einer anderen Beschäftigung Pflichtmitglied einer Ortskrankenkasse, welche die weitere Leistung der Familienhilfe übernahm. Diese Kasse fordert nun von uns Ersatz für sämtliche gewährten Leistungen zur Hälfte (da die andere Hälfte das Reich erstattet), so daß sie selbst nichts zu zahlen hätte. Wir nehmen an, da die Familienhilfe jetzt zu den Regelleistungen der Krankenkasse gehört, daß die Kasse in E. solche auch bis zur Beendigung der Leistungsdauer bzw. für die Dauer der Mitgliedschaft des Ehemannes bei ihr aus eigenen Mitteln zu zahlen hat. Ist das richtig?

Antwort: Die Kasse, welche die Leistung der Familienwochenhilfe nach § 212 RVO. gewährt, kann nach § 197 von anderen Kassen, bei denen der Ehemann der Wöchnerin im letzten Jahre vor der Niederkunft versichert gewesen ist, Erstattung fordern (§§ 197, 205a Abs. 2 RVO.; ArbVers. 1919 S. 633 Ziff. 2c, S. 634 Ziff. 4a) „nach Verhältnis der Mitgliedszeit". Da der Ehemann im Jahre vor der Niederkunft der Ortskrankenkasse überhaupt nicht, sondern nur Ihrer Landkrankenkasse als Mitglied angehört hat, kommt diese allein und im vollen Umfange als erstattungspflichtig in Betracht.

Grenze der Erstattungspflicht nach § 197 Abs. 2 RVO. (§ 3 Ges. v. 26. 9. 19).

5. **Nach Bensheim.** Antwort: Die Erstattungspflicht der „anderen" Kassen gegenüber der leistungspflichtigen bemißt sich nach § 197 Abs. 1 „nach Verhältnis der Mitgliedzeit", jedoch gemäß Abs. 2 mit der Einschränkung, daß die Erstattungspflicht den Betrag nicht übersteigen darf, „welcher der Wöchnerin gegen die erstattungspflichtige Kasse zugestanden hätte, wenn diese leistungspflichtig gewesen wäre". Dieser Höchstbetrag kann unmöglich nach dem Grundlohn bemessen werden, der für die Wöchnerin im Zeitpunkt ihrer Niederkunft gilt, sondern nur nach dem Grundlohn, der für sie galt, als sie aus der erstattungspflichtigen Kasse ausschied. Nur so gelangt man zu einer sicheren Begrenzung der Erstattungspflicht der „anderen" Kasse, wie es dem Zwecke des Gesetzes entspricht. Der bloßen Möglichkeit, daß die Wöchnerin, wenn sie noch zur Zeit ihrer Niederkunft der anderen Kasse angehört hätte, „wohl auch einen höheren Verdienst gehabt haben könnte", steht die andere Möglichkeit gegenüber, daß ihr Verdienst auch geringer gewesen sein könnte, als er bei ihrem Ausscheiden war. Solche bloßen Möglichkeiten können aber Beachtung selbstverständlich nicht beanspruchen.

Wochenhilfe für Versicherte, die in eine Entbindungsanstalt aufgenommen sind.

6. **Nach L.** Frage: Im hiesigen Kassenbezirk hat sich die Gewohnheit herausgebildet, daß weibliche Dienstboten, die ihrer Entbindung entgegensehen, wahrscheinlich auf Drängen ihrer Dienstherrschaft, mehrere Wochen, oft zwei bis drei Monate vorher die Provinzial-Entbindungsanstalt aufsuchen. Dies geschieht wahrscheinlich deshalb, weil die Anstalt nur eine Pauschvergütung von 35 ℳ erhebt, ohne Rücksicht auf die vor der Entbindung liegende Zeitdauer des Aufenthaltes in der Anstalt. Die Kosten werden auf Antrag von der Kasse bezahlt. Nun ist der Fall öfters vorgekommen, daß die Dienstherrschaft die Mädchen alsbald nach ihrem Eintritt in die Anstalt aus der Kasse abmeldet. Ist die Kasse hiernach noch verpflichtet, Wochenhilfe an solche Mädchen zu zahlen, wenn die Niederkunft nach Ablauf der im § 214 RVO. bezeichneten drei Wochen erfolgt? Zur Bezahlung der Pauschvergütung von 35 ℳ sind wir wohl verpflichtet, da wir durch unsere Einweisung der Mädchen in die Anstalt deren Schuldner geworden sind. Dagegen liegt unseres Erachtens der Fall des § 214 RVO. nicht vor, da die Mädchen die Anstalt nicht wegen Erwerbslosigkeit aufsuchen, sondern lediglich aus Rücksicht auf die Dienstherrschaft. Im übrigen müssen die Mädchen, wie wir hören, in der Anstalt bis zu ihrer Niederkunft fest arbeiten. — Hiernach nehmen wir an, daß die bezeichneten Wöchnerinnen nur Anspruch auf Wochenfürsorge an das Reich auf Grund des Gesetzes vom 26. 9. 19 haben, da ihnen der Schutz des § 214 RVO. nicht zur Seite steht.

Antwort: Wenn die Dienstmädchen von ihrem Arbeitgeber entlassen sind und daher vom Eintritt in die Anstalt an keinen Lohn beziehen, so sind sie erwerbslos und haben Anspruch auf Wochenhilfe unter den Voraussetzungen des § 195a RVO., sofern die Niederkunft in der Dreiwochenfrist des § 214 RVO. eintritt. Denn sie erhalten die Pflege in der Anstalt nicht als Entgelt für die von ihnen zu leistende Arbeit, sondern lediglich im Hinblick auf ihre Schwangerschaft und die bevorstehende Entbindung. Werden sie, soweit es mit ihrem Zustande verträglich ist, zu Arbeiten im Hause herangezogen, so geschieht dies unabhängig von der ihnen gewährten Pflege. Diese bildet nicht die Gegenleistung für die zu leistenden Dienste und hat daher nicht die Bedeutung eines Arbeitserwerbs. Zu vgl. die Entsch. in ArbVers. 1918 S. 573 nebst Anm.

Kriegswochenhilfe: Krankheit als Ursache der Verhinderung an Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit.

7. **Nach Gießen.** Antwort: Voraussetzung des Anspruchs auf Kriegswochenhilfe für eine minderbemittelte uneheliche Wöchnerin nach §§ 1—3 der Bek. v. 23. 4. 1915 ist u. a., daß der Vater des Kindes an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert ist. Wir treten Ihnen darin bei, daß diese Behinderung nicht in unmittelbarem Anschluß an die Entlassung aus dem Heeresdienst hervorgetreten zu sein braucht, und halten insoweit auch den Hinweis auf die in ArbVers. 1917 S. 758 abgedruckte Entscheidung für begründet. Aber für unerläßlich halten wir auch die in dieser Entscheidung hervorgehobene Voraussetzung des Anspruchs, daß die Unmöglichkeit der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit die Folge einer wenigstens mittelbar auf die Leistung der Kriegs- oder ähnlichen Dienste zurückzuführenden Erkrankung sein muß. Das ergibt sich schon aus der Zusammenstellung der „Erkrankung" mit Tod, Verwundung oder Gefangennahme, woraus als Grundgedanke der Vorschrift der ursächliche Zusammenhang der Verhinderung mit einer im Kriegs- oder ähnlichen Dienste begründeten Gefahr zu erkennen ist. Ob aber ein solcher Zusammenhang im vorliegenden Falle

besteht, ist eine Tatfrage, für deren Beurteilung Ihre Angaben nicht ausreichen. Daß, wie Sie bemerken, „die Ursache des Leidens doch mit ziemlicher Bestimmtheit auf die Kriegsdienste im Felde zurückgeführt werden kann", kann zur Bildung einer richterlichen Überzeugung nur hinreichen, wenn es von Sachverständigen bestätigt und näher begründet wird.

Unfall auf dem Wege zur Betriebsstätte als Betriebsunfall.

8. Nach Seelow. Frage: Ein Landwirt hat seine Arbeiterinnen zur Arbeit bestellt. Als die Arbeiterinnen auf seinem Hofe erscheinen, gibt er ihnen Anweisung, daß — entgegen der bisherigen Absicht — Säcke geflickt werden sollen. Er schickt die Arbeiterinnen nach Hause, um Nadel und Schere zu holen. Eine Arbeiterin fällt zu Hause, als sie sich wieder zum Hofe des Arbeitgebers begeben will, von der Treppe und bricht sich den Fuß. Liegt hier ein entschädigungspflichtiger Betriebsunfall vor?

Die Berufsgenossenschaft hat die Entschädigungspflicht abgelehnt, weil sich der Unfall außerhalb des Betriebes ereignet hat. Die Kasse vertritt dagegen den Standpunkt, daß die Betriebstätigkeit schon damit begonnen hat, daß sich die Arbeiterin auf der Betriebsstätte zur Arbeit meldete.

Antwort. Wir teilen die Auffassung der Kasse. Im eigenwirtschaftlichen Interesse hatte die Arbeiterin nur je einen Weg von ihrer Wohnung zur Arbeitsstätte und von dieser zur Wohnung zurückzulegen zum Beginn und nach der Beendigung der Arbeit. Den Hinweg hatte sie bereits zurückgelegt, als sie vom Arbeitgeber die Weisung empfing, eine nicht vorhergesehene Betriebstätigkeit zu verrichten und das hierzu erforderliche Werkzeug aus ihrer Wohnung zu holen. Dadurch schoben sich zwischen die Wege zum Antritt der Betriebsarbeit und nach ihrer Beendigung je ein weiterer Hin- und Rückweg ein, die mit der Eigenwirtschaft der Arbeiterin nichts zu tun hatten, sondern ausschließlich im Auftrage des Arbeitgebers im Betriebsinteresse unternommen wurden und daher zur Betriebstätigkeit gehörten. Der Unfall, von dem die Arbeiterin hierbei betroffen wurde, ist daher ein Betriebsunfall, wenngleich er nicht durch eine besondere, dem Betrieb eigentümliche Gefahr herbeigeführt wurde. Zu vgl. Handb. der UnfVers. Bd. I S. 78.

Grippeserum als Arzneimittel; Leistungspflicht der Kasse.

9. Nach Namslau. Frage: Hier grassiert seit einigen Tagen wiederum die Grippe. In besonders schwierigen Fällen wird von den Ärzten, nicht immer mit Erfolg, ein Grippeserum angewandt, dessen Preis (zwei Flaschen) 90 ℳ beträgt. Wir sind im Zweifel, ob die Krankenkassen verpflichtet sind, die vollen Kosten in jedem Falle zu tragen. Nach Anm. 5d im Kommentar von Hahn zu § 182 RVO. würde die Frage allerdings zu bejahen sein, wenn es sich um ein Arzneimittel handelt, das nur in Apotheken verkauft werden darf. Da aber anderseits das Grippeserum anscheinend ein Mittel ist, dessen Wirkung und Heilkraft noch nicht restlos erprobt ist, könnten die Kassen wohl kaum gezwungen werden, die Kosten in jedem Falle zu übernehmen.

Antwort: Was die Kasse vorbringt, kann den Zweifel an ihrer Leistungspflicht nicht rechtfertigen. Der Erfolg der Anwendung des Arzneimittels ist für die Frage ganz ohne Bedeutung; und daß das Mittel „noch nicht restlos erprobt ist", kann bei der Entschließung des Arztes als Grund zu besonderer Vorsicht in der Verordnung des Mittels ins Gewicht fallen, nicht aber die Kasse berechtigen, die Bezahlung der Kosten des vom Arzte verordneten Mittels abzulehnen.

Verwahrung der Wertpapiere einer Krankenkasse (§ 365 RVO.).

10. Nach Witten. Antwort: Das Versicherungsamt befindet sich in einem gründlichen Irrtum, wenn es meint, daß § 365 RVO. darauf abziele, dem Versicherungsamt einen Einfluß auf die „Vermögensverwaltung" der Krankenkassen einzuräumen. Die Vorschrift zielt nur darauf ab, eine geeignete „Verwahrung" der Wertpapiere zu sichern (zu vgl. Begr. S. 212), nicht aber die Kasse in der Verfügung zu beschränken (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. Abs. 3 zu § 365). Nur unter dem Einfluß jener irrigen Auffassung hält das Versicherungsamt die Verwahrung im doppelt verschlossenen Schrankfach im Panzergewölbe der städtischen Sparkasse für ungenügend und fordert „Hinterlegung" bei der Sparkasse. Hierzu ist das Versicherungsamt nicht befugt (zu vgl. v. Woedtke Anm. 5 zu dem vorbildlichen § 40 Abs. 2 KrVersGes.).

Versagung des Krankengeldes wegen Beteiligung an einem Raufhandel.

11. Nach Landau. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse rempelte in angetrunkenem Zustande einen Unteroffizier der französischen Besatzung an mit den Worten: „Hast du vielleicht noch einen Zweifel?" Der Unteroffizier, der jedenfalls deutsch versteht und sich bedroht fühlen konnte, griff zur Pistole und gab zwei Schüsse auf das betreffende Mitglied ab, wodurch dieses im Bauche schwer verletzt wurde und sofort operiert werden mußte. Das Mitglied stellt nun Ansprüche an unsere Kasse bezüglich der entstandenen Krankenhauskosten, auf Gewährung des Krankengeldes und des Hausgeldes während der Dauer der Krankenhausbehandlung. Sind diese Ansprüche begründet, oder können sie auf Grund des § 192 Ziff. 2 RVO. abgelehnt werden (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 7 und ArbVers. Bd. 14 1897 S. 280)?

Antwort: Die Versagung des Krankengeldes — nicht auch anderer Leistungen der Krankenhilfe — wäre nur zulässig, wenn der Versicherte sich die Verletzung „durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln" zugezogen hätte. An den bezeichneten Stellen ist nur ausgeführt, daß hierbei nicht gerade wechselseitige widerrechtliche Tätlichkeiten vorliegen müssen; es muß genügen, wenn bei wechselseitigen Tätlichkeiten auch nur der Versicherte schuldhaft gehandelt hat. Nur dies besagen die angeführten Stellen. Im vorliegenden Falle hat aber der Versicherte sich zwar eine wörtliche Herausforderung, jedoch keine Tätlichkeit zuschulden kommen lassen. Er hat also Anspruch auf Ersatz für ärztliche Behandlung und auf das Krankengeld (§ 182 RVO.), nicht jedoch darüber hinaus auf die vollen Krankenhauskosten nebst Hausgeld, wenn nicht die Kasse selbst die Krankenhauspflege angeordnet hatte (§ 188).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1801 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1275 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 21. März 1920 | Heft 9

Wohlfahrtsämter.

Von Stadtrat H. von Frankenberg in Braunschweig.

Die großen Schwierigkeiten, mit denen wir bei dem Wiederaufbau des durch den Weltkrieg und seine Folgen gesundheitlich, wirtschaftlich und völkisch arg geschwächten und zerstörten Vaterlandes zu rechnen haben, legen uns den Gedanken nahe, alle verfügbaren Kräfte zusammenzufassen und jeder Zersplitterung, jeder schädlichen Vereinzelung entgegenzuarbeiten. Wie man in wasserarmer Zeit danach strebt, keinen Tropfen des kostbaren Nasses ungenutzt verrinnen zu lassen, so haben wir heute auch alle Ursache, bei der Förderung der Volkswohlfahrt auf ein planmäßiges, zielbewußtes Hand in Hand gehen der beteiligten Kreise und Körperschaften hinzuwirken, damit die Erfahrungen und Einrichtungen der einen Stelle nach Möglichkeit anderen mit zugute kommen.

Die Bedeutung, die unsere deutsche Arbeiter- und Angestelltenversicherung in ihrer vier Jahrzehnte umfassenden Entwicklung genommen hat, rechtfertigt die Forderung, daß ihr und ihren Vertretungen bei der Ausgestaltung der Wohlfahrtspflege ein ausgiebiger Anteil eingeräumt werde, und daß in ihren Reihen das Bewußtsein der Notwendigkeit und Nützlichkeit eines verständigen und wohlüberlegten Zusammenschlusses, einer Arbeitsgemeinschaft der Volksfürsorge immer mehr Anerkennung finden möge. Die finanziellen Ansprüche, die an die Träger der Versicherung gestellt sind und in absehbarer Zeit weiter herantreten werden, sind außerordentlich groß; ihnen zu genügen und dabei die laufende Verwaltung ohne Stockungen fortzuführen, ist nicht leicht. Hier aber handelt es sich nicht um Mehraufwendungen, sondern bei richtiger Betrachtung und Durchführung um eine Entlastung, die aus dem gemeinsamen Übernehmen bestimmter Aufgaben von selbst hervorgeht. Um so mehr darf der Erwartung Ausdruck gegeben werden, daß die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten und sonstige Einrichtungen der Reichsversicherung gern die Hand bieten werden, um für das Wohl der Gesamtheit mitzuraten und mitzuhelfen.

Dem Ausbau der schon bestehenden und der neu zu errichtenden Wohlfahrtsämter wird seit einiger Zeit mit Recht in Stadt und Land wachsende Aufmerksamkeit gewidmet. Sie sind als der Mittelpunkt, als die Hauptstelle für die Erörterung und die gedeihliche Fortentwicklung der Volkswohlfahrtspflege gedacht. Von vornherein ist der Argwohn zurückzuweisen, als solle es sich dabei um eine Verschmelzung, um das Aufgehen einzelner Veranstaltungen in einer einheitlichen Fürsorgestelle handeln. Davon kann nicht ernstlich die Rede sein, und wenn hier und da im Übereifer solche Bestrebungen vertreten werden, so ist davor zu warnen, dem Heißsporn die Zügel schießen zu lassen:

die volle Selbständigkeit und Unabhängigkeit ist jeder Einrichtung zu wahren, die bisher schon eine Wirksamkeit zu gemeinnützigen Zwecken entfaltet hat. Nur insofern mag ein Einfluß geübt werden, als die Beaufsichtigung und die Förderung durch Geldmittel der Allgemeinheit in Betracht kommt. Auch ist es eine Erwägung der Zweckmäßigkeit, für die Zukunft dem Inslebentreten von neuen Wohltätigkeits- und Wohlfahrtsveranstaltungen vernünftige Grenzen zu ziehen, indem eine Genehmigungspflicht eingeführt wird, wie wir sie gegenüber den planlosen und wilden Gründungen einer selbstgefälligen oder eigensüchtigen Denkweise bereits in der Kriegszeit kennen und schätzen gelernt haben. Der deutsche Armenpflegetag hat sich in seiner Berliner Jahresversammlung von 1917 eingehend mit der Bekämpfung dieser Auswüchse beschäftigt und ist, so heiß umstritten mancher Vorschlag der Berichterstatter Dr. Levy und Geh. Regierungsrat Pokrantz war, zu dem Ergebnis gelangt, daß in den Wohlfahrtsämtern und ihrer Arbeit das beste Gegenmittel zu erblicken sei.

Der Zusammenschluß der Fürsorge- und Bildungsbestrebungen des Reichs, der Bundesstaaten (Länder), Provinzen, Kreise und Gemeinden, der kirchlichen Verbände und Stiftungen, der Versicherungsträger, der Berufskammern und -Vertretungen, der Wohltätigkeitsvereine und anderer gemeinnütziger Körperschaften zu örtlichen Arbeitsgemeinschaften (Wohlfahrtsämtern) ist das erste und nächste Ziel. Es gilt eine Stelle zu schaffen, in der ein fruchtbringender Meinungsaustausch über alle einschlagenden Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung gepflogen werden kann, und in der durch die Berührung der beteiligten Persönlichkeiten miteinander die Gegensätze gemildert, Mißverständnisse beseitigt und Beziehungen angeknüpft werden. Dabei ist in vorderste Linie die erschöpfende, zuverlässige Ermittlung der vorhandenen Einrichtungen auf den mannigfachen Gebieten der Fürsorge zu stellen, so daß eine übersichtliche Aufzeichnung und Wiedergabe in Verzeichnissen, Jahrbüchern und alphabetischen Listen möglich wird. Eng damit zusammen hängt die mündliche Auskunfterteilung, die im täglichen Verkehr die gedruckte Zusammenstellung der Volkswohlfahrtseinrichtungen wirkungsvoll ergänzt und die verfügbaren Möglichkeiten jedermann zugänglich machen hilft. Es muß vermieden werden, daß die lungenkranke Frau, die in eine Heilstätte aufgenommen zu werden wünscht, die sorgende Mutter, die für ihr schwächliches, zum Seeaufenthalt vorgemerktes Kind die nötigen Ausrüstungsstücke (Schuhwerk, Unterzeug u. dgl.) haben möchte, der Vater, der bei der Berufswahl für seinen schulentlassenen Sohn auf wirtschaftliche und sonstige Schwierigkeiten geraten ist, von einem zum andern geschickt wird und schließlich in Verbitterung und Verzagtheit verfällt, weil niemand da ist, der ihm Bescheid sagt und tatkräftig für ihn eintritt. Verfügt dagegen das Wohlfahrtsamt über eine gut unterrichtete und sorgfältig geleitete Auskunftstelle, deren Geschäftsführung in fortgesetzter Verbindung mit den beteiligten Stellen steht und die neuzeitlichen Hilfsmittel des Fernsprechers, der Aufzeichnungen zum Nachschlagen (Kartotheken, Handbücher usw.) ausgiebig zu benutzen versteht, dann gelangt die Hilfeleistung nicht so leicht auf den toten Punkt, sondern vermag alle Hebel rechtzeitig in Bewegung zu setzen. Das große Feld der Fürsorgeaufgaben ist so ausgedehnt, daß eine Arbeitsteilung nach den einzelnen Gruppen der Wohlfahrtspflege dringend geboten sein wird, damit die Jugendfürsorge, die allgemeine Volksgesundheit, das Unterstützungs-, das Wohnungs- und das Bildungswesen gleichmäßig beachtet und gefördert wird.

Die Landesversicherungsanstalten waren bisher durch ihre reichen Mittel instand gesetzt, bei zahlreichen Veranstaltungen mit Geldzuschüssen einzugreifen, soweit sie sich nicht (wie bei der Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten, der Wohnungsnot u. dgl.) unmittelbar an die Spitze der Bewegung gestellt haben. Nach-

dem seit dem 1. Oktober v. Js. die erhöhten Zuschüsse zu den Renten ihnen auferlegt sind, ist die Besorgnis leider nur allzu begründet, daß sie in Zukunft nicht mehr in demselben Umfange zu finanzieller Hilfe außerhalb ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen befähigt und bereit sein werden. Von den Berufsgenossenschaften und den Krankenkassen gilt mit der durch ihre Eigenart gebotenen Einschränkungen das gleiche, und es ist kein folgerichtiger, tragfähiger Aufbau des Fürsorgegedankens, wenn man sich die Arbeit dadurch bequem machen will, daß man Wohlfahrtsverbände ins Leben ruft und die Versicherungsträger nicht nur zu persönlicher, sondern darüber hinaus zu weitgehender wirtschaftlicher Beteiligung mit namhaften Beiträgen verpflichtet. Das heißt die Selbständigkeit der Veranstaltungen in bedenklicher Weise antasten und aus dem freien Zusammenschluß eine Zwangsgemeinschaft machen, die in ihrer Leistungsfähigkeit erheblich hinter den erhofften Erfolgen zurückbleiben würde. Nicht eine solche künstliche Neuschöpfung, bei der die Vielheit der angeschlossenen Körperschaften trotz der Zwangsschablonen auf Schritt und Tritt hemmend sich geltend machen würde, sondern die Angliederung der Wohlfahrtsämter an die Gemeinden (in den größeren und mittleren Städten) und an die Kreise (in kleineren Bezirken) verspricht die besten Ergebnisse, wobei in den Vorständen, Ausschüssen und Unterausschüssen den von den Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten bestimmten Persönlichkeiten die ausgedehnteste Mitarbeit vorbehalten bleibt. Nur ist es verkehrt, das Wohlfahrtsamt, losgelöst von anderen Stellen der Städte und Kreise, in weitgehendem Umfange zahlungspflichtig machen und zu Aufwendungen heranziehen zu wollen, die bisher entweder besonderen Behörden (Armenverwaltungen, Schulen, Polizeiämtern usw.) oblagen, oder für die eine rechtlich verpflichtete Stelle überhaupt nicht vorhanden ist, weil das ganze Eingreifen auf freiwilliger Grundlage beruhte (z. B. bei Volkskindergärten, bei Darlehnskassen, volkstümlichen Bildungslehrgängen usw.). Das Wohlfahrtsamt soll hierbei anregend, vermittelnd und fördernd wirken, ohne daß es notwendig der Träger und für die Kosten haftbare Unternehmer all der nützlichen Veranstaltungen zu sein braucht, die den Beratungen und Vorschlägen seiner Ausschüsse entspringen.

Vergegenwärtigen wir uns beispielsweise die heute so zeitgemäßen und volkstümlichen Bestrebungen wegen Ausbreitung der Kenntnisse einer gemeinverständlichen Gesundheitspflege in allen Kreisen der Einwohnerschaft, so ist es nach manchem verfehlten, weil mit unzulänglichen Mitteln unternommenen Versuche die natürlichste und aussichtsreichste Lösung der Frage, wenn eine Stelle, die sich des Vertrauens der Bevölkerung erfreut, da die verschiedenen Gruppen bei ihr beteiligt sind, über die Durchführung belehrender Vorträge, Ausstellungen und Ausbildungskurse berät, sich um die Sicherstellung der erforderlichen Mittel, Räume und Vortragskräfte bemüht und dann die Verwirklichung in enger, ständiger Fühlung mit den Staats- und Gemeindebehörden stattfinden läßt. Die einzelnen Körperschaften und Anstalten können dann auf ihre Mitglieder durch Rundschreiben, Bekanntmachungen und Einladungen in Schrift und Wort einen günstigen Einfluß ausüben und zu zahlreichem Erscheinen auffordern, damit die auszustreuende Saat auf guten Boden fällt und Frucht trägt.

Ein anderes Gebiet, auf das zur Veranschaulichung der Aufgaben eines sachgemäß vorgehenden Wohlfahrtsamts hingewiesen werden mag, ist die Beratung und Förderung der schulentlassenen männlichen und weiblichen Jugend bei der Berufswahl. Hier handelt es sich um das Ineinandergreifen der Volksschule, der Fortbildungs- und Fachschulen, der Arbeitsnachweise, der Unternehmer- und Angestelltenverbände, wozu bei der Aufbringung der Kosten für die Ausbildung und Ausstattung häufig noch die Inanspruchnahme von Stipendien und von Stif-

tungsmitteln kommt — ein so ausgedehntes Tätigkeitsfeld, daß ein städtisches Arbeitsamt für sich allein kaum den vielseitigen Anforderungen gewachsen sein und es deshalb begrüßen wird, wenn ihm dies Wohlfahrtsamt dabei zur Seite steht. Und vergegenwärtigt man sich, welche Belastung den Krankenkassen und den Versicherungsanstalten durch den Eintritt ungeeigneter Kräfte in einen zu schweren Beruf erwächst, so wird man der Auffassung beipflichten, daß auch sie alle Ursache haben, sich an den Bestrebungen zu beteiligen, die den Strom der Arbeitsuchenden in die richtigen Bahnen zu lenken bemüht sind. Was heute versäumt wird, kann morgen schwer wieder gut gemacht werden!

Ob es gelingen wird, die Armenpflege durch das Wirken der Wohlfahrtsämter entbehrlich zu machen, ist in hohem Grade zweifelhaft. Wie es der Arbeiterversicherung trotz ihres unleugbaren, starken Einflusses nicht möglich gewesen ist, Not, Bedürftigkeit und Elend aus dem Volke zu bannen, so wird voraussichtlich auch bei der Erweiterung der Wohlfahrtsbestrebungen immer noch ein Restgebiet für die Armenfürsorge übrig bleiben, weil der Aufgabenkreis des Kampfes gegen die Armut und ihre Folgen ungemein weit abgesteckt ist. Die meisten Städte, in denen schon Wohlfahrtsämter bestehen, haben es deshalb sogar absichtlich vermieden, die Armenpflege schlechtweg in den Rahmen der Arbeit des Wohlfahrtsamtes einzufügen, und haben sich aus wohlerwogenen Gründen damit begnügt, auf eine enge Beziehung zwischen dem Armen- und dem Wohlfahrtsamt Bedacht zu nehmen, wobei die Übertragung der Leitung an dieselbe Persönlichkeit als einfachste Lösung in Betracht kommt. Auf alle Fälle ist es bei den zahlreichen Berührungspunkten zwischen den Versicherungsträgern und den Armenbehörden erwünscht, durch Vermittlung des Wohlfahrtsamts zu einem Ausgleich von Meinungsverschiedenheiten zu gelangen, so daß der Parteistandpunkt der einen wie der andern Stelle hinter der gemeinsamen Fürsorgebereitschaft erfreulich zurücktritt. Es mag nur an die Erstattungsansprüche bei vorübergehender, vorläufiger Inanspruchnahme der Armenpflege vor Bewilligung der Versicherungsbezüge (Krankengeld, Rente), an die Krankenhaustarife, an das Krankenbeförderungswesen (Sanitätswagen), an Siechen- und Invalidenhäuser, an Wöchnerinnen- und Säuglingsheime und an die reiche Fülle anderer Anstalten erinnert werden. Stets wird hier das beiderseitige Entgegenkommen durch gelegentliche Aussprache, durch die Verständigung über bestimmte Richtlinien und durch die Ergänzung der Übereinkunft nach dem kaleidoskopisch wechselnden Bedarf des Einzelfalls erleichtert, und dem Wohlfahrtsamt erschließt sich immer aufs neue die dankbare Aufgabe, Hindernisse aus dem Wege zu räumen und die Bahn für werktätiges Zusammengehen frei zu machen.

Die Beurteilung der schon vor dem Unfall beschränkten Erwerbsfähigkeit.

Von H. Baum, Regierungssekretär beim Oberversicherungsamt Coblenz.

Nach den §§ 571 und 940 der RVO. ist es auf dem Gebiet der gewerblichen und der landwirtschaftlichen Unfallversicherung rechtens, daß, so weit statt des Individuallohns der Ortslohn oder ein durchschnittlicher Jahresarbeitsverdienst die Grundlage für die Rentenberechnung zu bilden hat, für Personen, die schon vor dem Unfall dauernd teilweise erwerbsunfähig waren, von jenen Durchschnittswerten „nur derjenige Teil" anzurechnen ist, „welcher dem Maße der Erwerbsfähigkeit vor dem Unfall entspricht".

In der Praxis wird diese Bestimmung durchweg so gehandhabt, daß dem Arzte — meist dem erstbehandelnden —, der für die Beurteilung der medizinischen Seite dieser Frage allein maßgebend ist, im Befundbericht

die Fragen vorgelegt werden, ob bei dem Verletzten bereits vor dem Unfall Gebrechen oder Krankheitserscheinungen (von denen öfters einige unter Einschluß auch der „Alterserscheinungen“ beispielsweise angeführt werden) bestanden und eine wie große Erwerbsbeschränkung infolge dieser Gebrechen usw. bereits vor dem Unfall vorgelegen habe. In der Regel beschränkt sich der Arzt zur ersten Frage auf die knappe Antwort „Alter“ oder, sofern nicht ein einwandfrei schlüssiges Krankheitsbild oder besonders scharf hervortretende Erscheinungen vorliegen, auf die Sammelbezeichnung „Invalidität“ und beantwortet die zweite mit der Angabe des Satzes vom Hundert, wobei er, wenn er auf dem Gebiete des Sozialversicherungsrechts nicht unerfahren ist, den Grad der auf „Invalidität“ beruhenden Beschränkung der Erwerbsfähigkeit schlechthin mit 66⅔ v. H. beziffert (weil **wenigstens** dieser Grad von Arbeitsunfähigkeit vorliegen muß, um ein Anrecht auf Invalidenrente zu geben). So wandern solche Zahlenwerte schließlich in den Rentenfeststellungsbescheid und -endbescheid der Berufsgenossenschaften und stellen dort den am Ortslohn oder dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste zu machenden Abzug nach den eingangs genannten Paragraphen dar.

Wie der Ausdruck „durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst“ im § 936 (im § 150 Abs. 3 entsprechend die Forderung der einheitlichen Festsetzung des Ortslohns nach dem „Durchschnitt“) erkennen läßt und das RVA. in ständiger Rechtsprechung betont, wird „dem Umstande, daß in höherem Lebensalter die Arbeitsfähigkeit naturgemäß nachläßt, schon dadurch Rechnung getragen, daß“ (wenigstens auf dem Gebiet der landwirtschaftlichen Unfallversicherung) „der der Rentenberechnung zugrunde zu legende Jahresarbeitsverdienst ein durchschnittlicher ist und den Verdienst **älterer** und **jüngerer** Personen berücksichtigt“; so z. B. Amtl. Nachr. 1903 S. 356. Gleiches muß für den **Ortslohn** als gleichartigen Durchschnittswert gelten.

Welcher **Grad** von Erwerbsbeschränktheit eine Kürzung des als Jahresarbeitsverdienst geltenden Durchschnittswertes zuläßt, ist in einer späteren Rekursentsch. des RVA. (von 1915, aber nicht veröffentlicht) negativ dahin gedeutet, daß aus den allgemeinen Gründen der vorhin genannten Entscheidung eine Kürzung bei solchen Personen **nicht** gerechtfertigt sei, „deren Erwerbsfähigkeit noch nicht unter das **Durchschnittsmaß** der Arbeitskraft der in Betracht kommenden Arbeiter“ gesunken ist.

Beide Erkenntnisse befassen sich zwar nur mit der auf dem **Alter** (oder Altern) als einem natürlichen Zustande oder Lebensvorgange beruhenden Herabsetzung der Arbeitskraft und verneinen deren Anrechenbarkeit, von einem einzelnen Falle ausgehend, allgemein für alle Fälle, wo nur jene Lebensvorgänge obwalten; aus letzterem Erkenntnis ist aber positiv zu folgern, daß eine Anrechnung der verminderten Arbeitsfähigkeit, sei es, daß sie mit dem Altern allein oder mit anderen Ursachen oder **auch** mit solchen zusammenhängt, nur **dann** in der Absicht des Gesetzes liegt, wenn dieser Ausfall „**über**durchschnittlich“ ist, d. h. nicht in der Durchschnittlichkeit des als Jahresarbeitsverdienst geltenden Normalwertes als schon mitberücksichtigt angesehen werden kann.

Um für den **Begriff** der Überdurchschnittlichkeit eine brauchbare und zugleich wertbestimmende Deutung zu haben, wird man sich mangels einer anderen geeigneten Maßeinheit auf die Auslegung des Begriffes „wesentlich“ angewiesen sehen, wie er bei der Wertung eines Unfallschadens als Maßstab für die Rentenbewilligung und -abstufung gilt, und demnach als überdurchschnittlich im Sinne der Rechtsprechung des RVA. eine **wenigstens** 10 v. H. unter den Durchschnitt der Arbeitsfähigkeit einer Arbeitergruppe gehende Verminderung der Arbeitsfähigkeit eines Verletzten vor dem Unfall zu betrachten haben. Diese Auffassung entspricht auch dem Standpunkte des RVA., daß **geringe** — oder unwesentliche —

Gebrechen oder Beschädigungen der individuellen Unversehrtheit außer Betracht zu lassen sind.

Daraus ergäbe sich, kurz zusammengefaßt, daß vor dem Unfall vorhandene Erwerbsbeschränktheit nur dann angerechnet werden dürfte, wenn sie vom Durchschnitt abweicht und dies Abweichen einen wesentlichen Grad beträgt. —

Alles das bezieht sich aber bis jetzt in der Hauptsache nur auf die Wirkungen der Erwerbsbeschränktheit und den Grad der Wirkungen, indem festgestellt wird, daß die beiden gedachten Voraussetzungen für ihre Anrechenbarkeit gleichzeitig erfüllt sein müßten; hinsichtlich ihrer Ursachen dagegen bedarf es einer wichtigen Unterscheidung, die sich durch den vom RVA. aufgestellten Begriff der „Überdurchschnittlichkeit" aufzwingt. Denn die Einführung dieses Begriffs zerlegt die Ursachen der Erwerbsbeschränktheit in zwei besondere Arten:

1. eine von der natürlichen Verschiedenheit der Einzelpersonen, wie sie den Durchschnitt der einzelnen Arbeitergruppen (jüngere und ältere Leute) ausmacht, erheblich abweichende Regelwidrigkeit (Entartung) und
2. eine in dem Durchschnitt überhaupt nicht mit eingeschlossene und auch nicht einschließbare, weil ganz aus ihm herausfallende, wesentliche Beschädigung der persönlichen Unversehrtheit.

Im ersteren Falle erlaubt der Begriff der überdurchschnittlichen Erwerbsbeschränktheit die Anrechnung nur des wesentlichen Grades jener Regelwidrigkeit unter völliger Außerachtlassung der auf „natürlichen" Gründen beruhenden Verschiedenheit; im letzteren aber die Berücksichtigung des wesentlichen Grades der gesamten, tatsächlich vorhandenen Schäden im vollen Umfang. Ein Gemisch der hiernach möglichen verschiedenen Ursachen zwingt also zu einer Trennung sowohl dieser als auch ihrer Wirkungen. Wird dieser Unterschied nicht beachtet, so geschieht dem Unfallverletzten, wenn der Arzt — meist verleitet durch den Vordruck des Befundberichts — auf die Frage nach dem Grade der vor dem Unfall vorhanden gewesenen Erwerbsbeschränktheit das Alter an sich nebst den natürlichen Altersfolgen sowie davon unabhängige Körpergebrechen (Geburtsfehler, Verletzungen) bei der ziffermäßigen Bewertung ihrer schädigenden Wirkung in einen Topf wirft, regelmäßig unrecht. Das ist ganz besonders dann der Fall, wenn als Grund der vorherigen Erwerbsbeschränktheit einfach „Invalidität" angegeben wird, worunter kurz die Gesamtheit der die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit schmälernden Umstände ohne Unterschied verstanden wird. Was davon noch innerhalb des vom „Durchschnitt" gedeckten Teiles der allgemeinen Mangelhaftigkeit der menschlichen Natur liegt, wird dann infolge solch' summarischer Beurteilung durch Abzug vom Ortslohn oder dem Durchschnittsjahresarbeitsverdienst ebenso gewertet wie ein Gebrechen, das sich außerhalb der Durchschnittslinie befindet; ganz abgesehen davon, daß die Bewertung der auf „Invalidität" beruhenden Erwerbsbeschränktheit durchweg mit 66⅔ v. H. als Norm unmöglich, im Einzelfalle aber willkürlich ist: der Wert kann zwar nicht über diesem Satze liegen, wohl aber darunter; in letzterem Falle würde sich dann allerdings der Versicherungsträger in den Nachteil solchen Verfahrens teilen. —

Diese Erwägungen führen zu folgender Zusammenstellung:

A. Im Durchschnitt einbegriffene natürliche Verschiedenheiten:

anzurechnen:

0 {
1. Alter als solches (geringeres oder höheres),
2. Altersfolgen geringen Grades,
3. „ wesentlichen Grades,
4. Verbindungen von 1—3.

B. Über den Durchschnitt hinausgehende *Regelwidrigkeiten*:

0	1. Angeborene Fehler 2. vorzeitiges Altern	geringen Grades,
ganz	3. angeborene Fehler 4. vorzeitiges Altern	wesentlichen Grades,
nur der *wesentl.* B-Anteil.	5. Verbindungen von A und B.	

C. Vom Durchschnitt nicht umfaßte *Beschädigungen*:

0	1. Gebrechen 2. Krankheiten 3. Verletzungen	geringen Grades,
ganz	4. Gebrechen 5. Krankheiten 6. Verletzungen	wesentlichen Grades,
nur die *wesentl.* B- u. C-Anteile.	7. Verbindungen von A—C.	

Auf den ersten Blick möchte dieser Zergliederung wohl der Vorwurf bloßen Theoretisierens nicht erspart bleiben, aber sie entspricht der Forderung des Rechts und ihrer Durchführung in der Praxis steht nichts im Wege. Voraussetzung dafür ist jedoch, daß der ärztliche Befundbericht von vornherein schon die entsprechenden Fragen an den Arzt stellt, die weitere aufklärende Rückfragen an ihn entbehrlich machen. Zu den beiden eingangs erwähnten Fragen nach dem Grunde und dem Grade der vor dem Unfall bereits vorhanden gewesenen Erwerbsbeschränktheit hätte eine dritte hinzuzutreten nach der *Zusammensetzung* des Grades dieser Gesamterwerbsbeschränktheit im Sinne der Zusammenstellung, indem etwa gefragt wird:

. . . .) an diesem Prozentsatz der Gesamterwerbsbeschränktheit sind beteiligt:

a) der natürliche Lebensvorgang (Alter und Altersfolgen) mit . . . . . . v. H.

b) davon *abweichende* besondere Regelwidrigkeiten (angeborene Fehler, *vorzeitiges* Altern, Gebrechen, Krankheiten, Verletzungen), und zwar

1. . . . . mit . . v. H.
2. . . . . mit . . v. H.
usw.

Die besondere Bewertung der einzelnen Schäden empfiehlt sich für den Fall des späteren Widerspruchs des Verletzten gegen die Höhe der Anrechnung. Ausgesprochene Alters*folgen* wird man von dem abstrakten Begriff „Alter an sich" in der Praxis nicht trennen können, da das Alter in bezug auf den lebenden Organismus sich stets in einer oder mehreren Folgen als seiner *Wirkung* äußert und der Begriff des Alters praktisch nur mit der Vorstellung seiner Folgen denkbar ist. Sonst käme man allerdings zum Theoretisieren, und rein ideelle Unterscheidungen in *dieser* Hinsicht führen nicht zu einem brauchbaren Ergebnis, sondern nur zu einer etwas gekünstelten Teilung der Altersfolgen in a Alters*gebrechlichkeit* (oder -abständigkeit) als den notwendigen Ausfluß des Alters im Sinne des Alterns und b Alters*erscheinungen*, worunter Alters*leiden* verstanden werden, die indes von der „Gebrechlichkeit" nur durch die bestimmtere Form ihres Ausdrucks verschieden sind. — *Krankheiten*, denen der ältere Mensch eher ausgesetzt ist als der jüngere, können dabei natürlich nicht auf das Konto des „Alters" gesetzt werden. — Es kann demnach nichts im Wege stehen, die Rente eines Achtzigjährigen, der infolge seines hohen Alters und der damit notwendigerweise zusammenhängenden Gebrechlichkeit und Leiden eine Arbeitskraft von kaum noch einem Drittel darstellt, vom *unge*kürzten Durchschnittsjahresarbeitsverdienst zu berechnen, wie es in ähnlichen Fällen nicht vereinzelt tatsächlich durch die Rechtsprechung geschehen ist.

Daß in allen Fällen der Anrechnung vorheriger Erwerbsbeschränktheit das Moment des *dauernden* Zustandes als allgemeine Voraussetzung gilt, bedarf angesichts des so-

weit klaren Wortlauts des Gesetzes selbst keiner weiteren Erörterung, ebensowenig der selbstverständliche Umstand, daß es sich nur um teilweisen Verlust der Erwerbsfähigkeit handeln kann, da deren völlige Einbuße die Vornahme einer Betriebstätigkeit im versicherungsrechtlichen Sinn und damit das Zustandekommen eines Betriebsunfalls überhaupt unmöglich machen müßte; wodurch aber erst recht die Forderung einer Zerlegung der Ursachen der Erwerbsbeschränktheit, namentlich bei „Invalidität", die keine absolute zu sein braucht, verständlich wird.

Wurde also bisher vielfach — um ein praktisches Beispiel anzuführen — bei vor dem Unfall vorhanden gewesener versicherungsrechtlicher Invalidität, die auf vorgerücktem Alter, mit Lungenerweiterung als Altersleiden (zusammen z. B. mit 30 v. H. Einbuße zu bewerten), ferner davon unabhängigem Magen- und Darmkatarrh (etwa 25 v. H.) und einer alten Handbeschädigung (etwa 20 v. H.), also einem Gesamtverlust an Arbeitsfähigkeit von 75 v. H. beruhte, kurzweg der Mindestsatz von 66⅔ v. H. für „Invalidität" abgezogen, so erfordert die Rücksichtnahme auf den Begriff der wesentlichen Überdurchschnittlichkeit die Anrechnung von nur 75 — 30 = 45 v. H. überdurchschnittlicher Erwerbsbeschränktheit, wodurch sich die Rente gegenüber dem allgemeinen Abzug von 66⅔ v. H. um 21⅔ v. H. erhöht. Der Fall kann natürlich, wie bereits früher erwähnt, auch so liegen, daß volle 75 v. H. (statt 66⅔ v. H.) abzuziehen sind, wenn nämlich der Arzt die im Befundbericht gestellten besonderen Fragen dahin beantwortet, daß die Invalidität — um bei diesem einen Beispiel zu bleiben — aus Einzelleiden und -schäden besteht, die zusammen 75 v. H. ausmachen und von denen keins mit dem Regelzustande des menschlichen Organismus zusammenhängt. Alsdann liegt der Vorteil gegenüber der allgemeinen Anrechnung von 66⅔ v. H. beim Versicherungsträger. Ergeben sich aus solch gesonderter Darstellung des Anteils der erwerbsbeschränkenden Ursachen am Gesamtzustande des Verletzten vor dem Unfall Zahlenwerte, die in die Skala der Unfallentschädigungssätze (10 bis 100 v. H.) nicht hineinpassen, so kann einer Abrundung auf diese Sätze (nach oben oder unten bis zum nächsten passenden Wert) nichts im Wege stehen, da die Schätzung des Wertes von Unfallfolgen sich ohnehin innerhalb der natürlichen Fehlergrenzen bewegt.

Eine gewissenhafte Prüfung der Rentenansprüche der hier ins Auge gefaßten Art von Unfallverletzten nach derartigen feineren Gesichtspunkten erfordert freilich ein gewisses Maß von Mehrarbeit durch die dadurch gebotene eingehendere Sonderbehandlung dieser Fälle; sie findet aber in der den Versicherungsträgern neben den Vorteilen der Versicherung auferlegten Sorge um das Wohl der Versicherten ihre volle und befriedigende Begründung.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Auskunftspflicht des Vorsitzenden des Vorstandes gegenüber dem Versicherungsamt auch in Fragen des freien Ermessens der Kasse.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 19. September 1919 (B. K. 250. 19).

Durch Verfügung vom 17. Juni 1919 fordert das Versicherungsamt den Vorsitzenden der Allgemeinen Ortskrankenkasse unter Androhung einer Geldstrafe von 10 ℳ auf, binnen acht Tagen die Gründe anzugeben, aus denen die von ihm vertretene Krankenkasse es ablehnt, dem Versicherten N. einen Zuschuß zu den Kosten eines von ihm angeblich benötigten Zahnersatzes zu gewähren. In der rechtzeitig eingelegten Beschwerde führt der Vorstand der Krankenkasse aus, daß der Vorsitzende zu der von ihm geforderten Angabe nicht verpflichtet

sei. Das Versicherungsamt weist in einer Gegenerklärung darauf hin, daß die angefochtene Verfügung zu seinen aufsichtsbehördlichen Obliegenheiten gehöre. Auf den Inhalt der Schriftsätze wird des weiteren Bezug genommen.

Nach § 31 RVO. sind die Mitglieder des Kassenvorstandes verpflichtet, dem Versicherungsamt alles mitzuteilen, was zur Ausübung des Aufsichtsrechts gefordert wird. Das Aufsichtsrecht erstreckt sich darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden (§ 30). Zur Beobachtung des Gesetzes gehört aber, wenn das auch in einer Einzelvorschrift nicht besonders betont ist, die pflichtmäßige Erledigung aller Anträge auf Krankenunterstützung, unter ihnen auch auf diejenigen Leistungen, die in das Belieben des Kassenvorstandes gestellt sind; denn auch bei solchen ist nicht nach Willkür, sondern nach bestimmten gleichmäßigen Grundsätzen bei gewissenhafter Prüfung jedes Einzelfalles zu verfahren. Ist das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde berufen, die Beobachtung von Gesetzen in diesem Umfange zu fordern, so hatte es im vorliegenden Falle auf die bei ihm eingereichte Beschwerde des Versicherten N. hin eine begründete Veranlassung, von dem Kassenvorsitzenden als Vertreter des Kassenvorstandes eine nähere Auskunft zu verlangen, da der Anspruch des Versicherten ohne Angabe von Gründen abgewiesen, und es auf eine andere Weise als durch Feststellung dieser Gründe nicht möglich war, zu prüfen, ob eine ordnungsmäßige Beratung und Entscheidung auf den Antrag erfolgt ist. Wenn in der Beschwerde der Krankenkasse von einem unerträglichen Gewissenszwang die Rede ist, welchem die einzelnen Vorstandsmitglieder unterworfen werden, wenn sie die Gründe ihrer Abstimmung angeben sollen, und wenn der Vorsitzende selbst behauptet, diese Gründe gar nicht zu kennen, so deutet schon dieser Umstand darauf hin, daß eine ordnungsmäßige Beratung über den Antrag des Versicherten nicht stattgefunden hat. Denn bei einer solchen Beratung müssen die Gründe klar ausgesprochen werden, und dem Vorsitzenden als Leiter der Verhandlung muß es bekannt sein, welche Ansicht die Mehrheit der an der Abstimmung beteiligten Vorstandsmitglieder gehabt hat. Eine solche Ansicht muß um so leichter festzustellen sein, als ein Kassenvorstand bei Entscheidungen der hier in Frage stehenden Art bestimmte Grundsätze befolgen wird, nach denen er einen Teil der vorliegenden Anträge stattzugeben pflegt, einen anderen Teil aber abschlägig bescheidet.

Im übrigen soll durch die vom Kassenvorsitzenden geforderte Auskunft einer etwaigen Entscheidung im Spruchverfahren nicht vorgegriffen werden, wie der Kassenvorstand nach dem Inhalt der Beschwerdeschrift zu befürchten scheint, sondern das Versicherungsamt will nur die Grundsätze prüfen, nach denen der Kassenvorstand bei Gewährung der satzungsmäßigen Leistungen überhaupt verfährt. Es handelt sich also nur um eine Kontrolle der Geschäftsbehandlung gewisser Anträge von Unterstützungsberechtigten, allenfalls um eine Einwirkung auf die entsprechenden Entschlüsse des Kassenvorstandes seitens der Aufsichtsbehörde im Interesse einer gleichmäßigen und gerechten Anwendung der durch die Satzung gegebenen Möglichkeit, den Versicherten Mehrleistungen zuzuwenden. Der Kassenvorstand hat nach seinem, dem Versicherten erteilten Bescheid zwar eine Prüfung des Antrages vorgenommen, es ist aus dem Bescheide aber nicht ersichtlich — da eine Angabe von Gründen fehlt —, inwieweit diese Prüfung sachlich war und einem pflichtmäßigen Ermessen entsprach. Dieser Mangel kann nur durch eine Mitteilung der Gründe an die Aufsichtsbehörde, bei welcher eine Beschwerde des Versicherten anhängig ist, behoben werden, und es ist daher deren Verlangen nach Mitteilung gemäß § 31 Abs. 2 RVO. begründet.

Anmerkung: Das Reichsversicherungsamt hat unterm 16. Januar 1920 in gleichem Sinne entschieden.

Ende der Versicherungspflicht bei längerer Unterbrechung der Beschäftigung und der Lohnzahlung.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 13. Mai 1919 (IIa K. 246/18).

Die Arbeitgeberin hatte folgende Auskunft erteilt: „Das Beschäftigungsverhältnis des Klägers wurde durch den Betriebsunfall vom 2. Juli 1917 nicht als gelöst betrachtet. Nach seiner Wiederherstellung nahm der Kläger am 6. September 1917 die Arbeit auf ihrem Schacht wieder auf." Diese Auskunft läßt nicht erkennen, ob nach dem Willen beider Beteiligter der Arbeitsvertrag durch den Unfall des Klägers unberührt bleiben und der Kläger trotz der dadurch bedingten Unterbrechung der Arbeit zur Verfügung der Arbeitgeberin bleiben sollte (vgl. Entsch. 2233, Amtl. Nachr. 1916 S. 588). Auch geht aus der Erklärung nicht hervor, ob und inwiefern hierüber ein Einverständnis zwischen dem Kläger und seiner Arbeitgeberin zustandegekommen ist, ob also auch der Kläger das Arbeitsverhältnis zur Firma als fortdauernd angesehen hat. Unter diesen Umständen erscheint es immerhin fraglich, ob die Arbeitgeberin, wie nach dem Wortlaut ihrer Erklärung allerdings anzunehmen ist, das Arbeitsverhältnis mit dem Kläger weiterbestehen lassen wollte, oder ob sie in der oben erwähnten Auskunft nicht lediglich zum Ausdruck bringen wollte, daß sie bereits bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit des Klägers dessen Wiedereinstellung für den Fall seiner Genesung ins Auge gefaßt habe. Weiter aber kommt es in erster Hinsicht darauf an, ob auch im Falle einer nur tatsächlichen Unterbrechung der Arbeitsleistung das Be-

schäftigungsverhältnis in einer die Versicherungspflicht begründenden Weise fortbestanden hat. Nicht jedes Beschäftigungsverhältnis begründet schlechthin Versicherungspflicht, vielmehr ist nach § 165 RVO. grundsätzlich Voraussetzung der Versicherung die Beschäftigung gegen Entgelt. Hierbei kommt es, wie bereits unter der Herrschaft des alten Rechts das preußische Oberverwaltungsgericht in einer Entscheidung vom 4. Juli 1900 (Entsch. Bd. 37 S. 386) ausgeführt hat, nicht darauf entscheidend an, ob für die Zeit der Unterbrechung der Arbeitsleistung Lohn gezahlt wird, sondern nur darauf, ob ein Arbeitsverhältnis gegen Ablohnung vorliegt, ob also vor und nach der Unterbrechung der Arbeitsleistung eine dem Arbeiter die Erfüllung seiner Beitragspflicht ermöglichende Lohnzahlung stattfindet. Das hat das preußische Oberverwaltungsgericht in der angeführten Entscheidung in einem Falle bejaht, in dem es sich um einen nur zweitägigen Urlaub des Arbeitnehmers ohne Lohnzahlung handelte. Das gleiche hat der badische Verwaltungsgerichtshof bei einer Unterbrechung der Arbeit von acht Tagen angenommen (Reger, Bd. 19 S. 330). Dagegen hat der bayerische Verwaltungsgerichtshof in einem Falle, in dem die Arbeitstätigkeit vier Monate unterbrochen war, ein versicherungspflichtiges Lohnarbeitsverhältnis beim Mangel der Lohnzahlung verneint (Entsch. vom 21. November 1904, abgedruckt bei Reger, Ergänzungsband 3 S. 270). Als entscheidend hat es hierbei angesehen, daß es sich um eine längere Unterbrechung des Arbeitsverhältnisses handelte, während der eine dem Arbeitnehmer die Erfüllung seiner Beitragspflicht auch für die Zwischenzeit ermöglichende Lohnzahlung nicht stattgefunden hat. Es gehe, so heißt es in den Entscheidungsgründen, nicht an, dem Gesetzgeber zu unterstellen, daß er in solchen Fällen eine Verpflichtung schaffen wollte, zu deren Erfüllung dem Arbeiter bestimmte Mittel (Lohnarbeit) überhaupt nicht zur Verfügung stehen, ebensowenig könne es anderseits im Sinne des Gesetzes gelegen sein, dem Arbeitgeber, der der Kasse gegenüber zur Entrichtung der Beiträge, aber mit Erstattungsanspruch gegenüber dem Arbeiter, verpflichtet ist, auch dann die Beitragszahlung zuzumuten, wenn die Erstattung der dem Arbeiter für eine längere Zeit treffenden Beitragsteile mangels eines in irgendeiner Form stattfindenden Lohnbezugs aus demselben von vornherein ausgeschlossen sei. Diese Erwägungen treffen auch für das Recht der RVO. noch allenthalben zu. Danach wird die Versicherungspflicht zwar nicht dadurch berührt, daß bei Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit kein Entgelt gezahlt wird, im übrigen aber schließt die Einstellung der Lohnzahlung während der Arbeitsunterbrechung das Fortbestehen eines versicherungspflichtigen Lohnarbeitsverhältnisses regelmäßig aus.

(Breithaupt.)

Zusammentreffen versicherungsfreier Beschäftigung (§ 169 RVO.) mit versicherungspflichtiger Tätigkeit.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 30. Oktober 1919 (2552 Amtl. Nachr. 1919 S. 443).

Es ist davon auszugehen, daß die Lehrerin B. in ihrer überwiegenden Beschäftigung (an der Schule des Fräulein P. und an der Fortbildungsschule B.-S.) versicherungspflichtig ist. Danach ist zu fragen, ob mit Rücksicht auf diese Tätigkeiten die versicherungsrechtliche Beurteilung der an sich versicherungsfreien Beschäftigung an der Fortbildungsschule B. eine Änderung zu erfahren hat, insbesondere in dem Sinne, daß etwa letztere Beschäftigung wegen der gleichzeitig verrichteten Tätigkeiten in B.-S. nicht mehr als versicherungsfrei gelten könnte, gegebenenfalls auch, ob etwa für sie die Voraussetzungen einer vorübergehenden Dienstleistung im Sinne des § 168 RVO. und der Bekanntm. vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756, Amtl. Nachr. 1913 S. 802) als gegeben zu erachten sein würden.

Dies ist zu verneinen. Eine gesetzliche Vorschrift, wonach eine versicherungsfreie Beschäftigung durch Nebenhergehen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung versicherungspflichtig würde, besteht nicht. Es liegt auch kein Bedürfnis dafür vor; die Fürsorge für eine nach § 169 RVO. versicherungsfreie Person im Falle der Krankheit ist anders geartet, als die Fürsorge für eine bei einer Krankenkasse versicherte Person, indem dort ein Anspruch entweder auf Krankenhilfe oder auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge nach Maßgabe des § 169, hier die Leistungen der Krankenhilfe nach den §§ 182 ff., gewährleistet sind. Der Gesetzgeber ist von der Auffassung ausgegangen, daß die im § 169 bezeichneten Personen durch den dort gewährleisteten Anspruch für den Fall der Krankheit hinreichend gesichert seien. Würde die hiernach versicherungsfreie Beschäftigung in die Versicherungspflicht einbezogen, so würde sich daraus entweder in gewissem Umfang eine Doppelfürsorge auf Grund desselben Beschäftigungsverhältnisses und damit eine nicht gerechtfertigte Belastung des Arbeitgebers ergeben, oder aber es bestände die Gefahr der Vornahme von Abzügen vom Gehalt usw., die für den Beschäftigten nachteilig und für ihn wie für den Arbeitgeber umständlich wären. Die Beschäftigung der Lehrerin B. an der städtischen Fortbildungsschule in B. ist also versicherungsfrei.

B. Zur Unfallversicherung.

Rentenverzicht des Verletzten gegenüber der Berufsgenossenschaft berührt nicht den Umfang des Ersatzanspruches der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft (§ 1506 RVO.).

a) Entscheidung des **Gemeinschaftlichen Oberversicherungsamts in Gotha** vom 18. 9. 19 (C. K. 2/1919);
b) Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 28. 1. 20 (IIa K. E. 190/19).

Eine Ortskrankenkasse verlangt von der Berufsgenossenschaft den Ersatz der Kosten, die ihr durch Unterbringung des Verletzten im Krankenhause über die 13. Woche hinaus entstanden sind, bis zum vollen Betrage der Rente, weil der Versicherte auf die hälftige Unfallrente verzichtet habe. Die Berufsgenossenschaft hat den Anspruch nur bis zum halben Betrage der Rente anerkannt. Das Versicherungsamt hat den Anspruch der Krankenkasse auf den vollen Betrag abgewiesen. Die Berufung der Kasse ist vom Oberversicherungsamt und die Revision vom Reichsversicherungsamt zurückgewiesen worden.

a)

Die Berufsklägerin greift die Vorentscheidung des Versicherungsamts noch insoweit an, als es den Rentenverzicht des Verletzten gegenüber der Berufsgenossenschaft für einflußlos hält auf den Anspruch der Kasse an die Berufsgenossenschaft auf Ersatz aus der Unfallentschädigung. Sie meint, nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 11. Juni 1913 (Amtl. Nachr. 1913 S. 673) dürfe die Berufsgenossenschaft im Falle des § 1506 Abs. 1 RVO. die Hälfte der Rente bei Nichtgewährung des vollständigen Unterhalts im Krankenhause nur zurückbehalten, weil der Verletzte diese Hälfte zu seinem Unterhalt brauche. Im vorliegenden Falle habe der Verletzte aber auf die Rente verzichtet, somit sei die Voraussetzung für die Zurückhaltung der anderen Hälfte nicht mehr gegeben. Im anderen Falle würde die Berufsgenossenschaft einen Vermögensvorteil zu Lasten der Krankenkasse erhalten.

Dieser Begründung kann nicht beigetreten werden. Ansprüche und Leistungen der Träger der Krankenversicherung und der Unfallversicherung in ihren Beziehungen zueinander sind in der Reichsversicherungsordnung genau festgelegt. § 1501 Abs. 2 gibt dem Träger der Krankenversicherung Anspruch auf Ersatz aus der Unfallentschädigung ausdrücklich „nur in den Grenzen der §§ 1502 bis 1507". Nach § 1501 Abs. 3 kann die Krankenkasse aus der Unfallrente nur Ersatz beanspruchen, soweit dies ausdrücklich zugelassen ist, und nach § 1506 Abs. 1 ist, soweit Ersatz aus der Unfallrente beansprucht werden kann, der Anspruch nur begründet bis zum halben Betrag der Rente. Die in Abs. 2 vorgesehene Ausnahme hiervon, die vollständigen Unterhalt in der Anstalt voraussetzt, ist, wie auch die Berufungsklägerin jetzt zugibt, nicht gegeben. In dem hier vorliegenden Falle des Abs. 1 bleibt der Anspruch auf die andere Hälfte der Rente dem Verletzten. Ob er ihn geltend macht oder nicht, ist seine Sache. Der gesetzlich genau umgrenzte Anspruch der Kasse gegen die Berufsgenossenschaft wird davon nicht berührt. Der Rentenverzicht des Verletzten gegenüber der Berufsgenossenschaft vermag daher an dem Anspruch der Kasse an die Berufsgenossenschaft auf Ersatz bis zum halben Betrage der Rente nichts zu ändern. Der Verzicht ist lediglich der Berufsgenossenschaft gegenüber erfolgt, wirkt daher auch nur zu deren Gunsten und auch nur im Verhältnis der Berufsgenossenschaft zu dem Verletzten. Das Rechtsverhältnis der Krankenkasse zu der Berufsgenossenschaft berührt er nicht, wie er dann auch nicht zur Folge hat, daß die Berufsgenossenschaft den gesetzlichen Anspruch der Krankenkasse auf Ersatz bis zum halben Betrage der Rente ablehnen könnte. Die Reichsversicherungsordnung enthält keine Bestimmung, die bei Verzicht des Verletzten der Berufsgenossenschaft gegenüber dessen Rentenanspruch auf die unterstützende Kasse überträgt. Die etwaige Folge des Verzichts, daß die Berufsgenossenschaft einen Vermögensvorteil auf Kosten der Krankenkasse erhält, kann der Spruchkammer keinen Grund geben, entgegen den klaren gesetzlichen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung zu entscheiden.

b)

Der Revision mußte der Erfolg versagt werden, weil das angefochtene Urteil weder auf der Nichtanwendung oder auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechts, noch auf einem Verstoß wider den klaren Inhalt der Akten beruht, das Verfahren auch nicht an wesentlichen Mängeln leidet, mithin keiner der gesetzlich zugelassenen Revisionsgründe vorliegt (§ 1697 RVO.).

Insbesondere ist die Feststellung des Oberversicherungsamts, daß der Ersatzanspruch der Krankenkasse aus der Unfallrente nur bis zum halben Betrage der Rente begründet ist, ohne Rechtsirrtum getroffen worden. Sie entspricht den Vorschriften des § 1506 RVO. Es kann dahingestellt bleiben, ob vorliegend ein Verzicht des Verletzten gegenüber der Berufsgenossenschaft auf Unfallrente vorliegt. Hierdurch würden, wie das Oberversicherungsamt zutreffend hervorgehoben hat, die Beziehungen zwischen der Krankenkasse und dem Verletzten und der Umfang des dieser zustehenden Ersatzanspruchs nicht berührt werden. Da die bezeichnete Feststellung die angefochtene Entscheidung rechtfertigt, so mußte es bei ihr bewenden.

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

„Unabwendbarer Zufall“ als Grund der Wiedereinsetzung in den vorigen Stand.

Beschluß des **Reichsgerichts** (3. Zivils.) v. 23. September 1919 (Entsch. 96 S. 322).

... Um dem Interesse des Staates und der Allgemeinheit an einer geordneten Prozeßführung und der Verhinderung einer Prozeßverschleppung Rechnung zu tragen, hat der Gesetzgeber die Zulässigkeit einzelner wichtiger Prozeßhandlungen derart an bestimmte, der Parteiwillkür entzogene Fristen geknüpft, daß deren Nichteinhaltung ohne weiteres den endgültigen Verlust der Prozeßhandlung zur Folge hat. Zur Vermeidung unbilliger Härten, die bei schuldloser Versäumung solcher Fristen eintreten können, soll im Rahmen des § 233 ZPO. die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand dienen. Der Gesetzgeber hat aber als alleinige Wiedereinsetzungsgründe nur Naturereignisse oder andere unabwendbare Zufälle genannt.

Das Reichsgericht hat nun in dem Beschlusse der vereinigten Zivilsenate vom 22. Mai 1901 (RGZ. Bd. 48 S. 411) den unabwendbaren Zufall im besonderen Sinne des § 233 ZPO. als ein Ereignis bezeichnet, das unter den gegebenen, nach der Besonderheit des Falles zu berücksichtigenden Umständen auch durch äußerste, diesen Umständen angemessene und vernünftigerweise zu erwartende Sorgfalt weder abzuwehren noch in seinen schädlichen Folgen zu vermeiden ist. Damit hat es einerseits eine Begriffsbestimmung nach festen, unverrückbaren Regeln abgelehnt, anderseits aber der Rechtsprechung freie Bahn geschaffen, den Begriff der dem Säumigen im Einzelfalle billigerweise anzusinnenden äußersten Sorgfalt und damit den Begriff des unabwendbaren Zufalls fortzubilden und auf der angegebenen Grundlage den Bedürfnissen des Rechtslebens entsprechend weiter zu entwickeln. Diese Fortentwicklung hat das Reichsgericht allmählich dazu geführt, bei der Prüfung der Unabwendbarkeitsfrage die Anforderungen an die Umsicht und Sorgsamkeit des einzelnen mit den persönlichen Verhältnissen, unter denen er zu arbeiten und zu schaffen gezwungen ist, immer mehr in Einklang zu bringen. So hat es in einer Reihe von Entscheidungen der durch den Krieg hervorgerufenen Überlastung der Anwälte in weitgehendem Maße Rechnung getragen und einzelne auf sie zurückzuführende Fristversäumungen als Folgen eines unabwendbaren Zufalls behandelt (vgl. Urteil des I. Zivilsenats vom 11. Dezember 1915, Jur. Wochenschr. 1916 S. 422 Nr. 17; Beschluß des III. Zivilsenats vom 18. März 1919 III 542/18; Urteile des IV. Zivilsenats vom 30. April 1917 IV 51/17 und vom 3. Mai 1918 IV 448/18). Diesem Gedankengange folgend, gelangt man mit Notwendigkeit zu der Forderung, das, was als unabwendbarer Zufall im Sinne des § 233 ZPO. aufzufassen ist, lediglich nach subjektivem Maßstabe und die nach Lage des Falles vernünftigerweise zu erwartende Sorgfalt im Sinne des Beschlusses vom 22. Mai 1901 nach rein subjektiven Gesichtspunkten zu bestimmen. Der Senat spricht mit dieser Forderung nur ausdrücklich aus, was dem Sinne und dem Geiste nach bereits in der bisherigen Rechtsprechung des Reichsgerichts enthalten war und was, ohne den Zweck der Notfristen (und der Revisionsbegründungsfrist) zu beeinträchtigen, dem Sinne und Zwecke des § 233 ZPO. durchaus gerecht wird. Ein „unabwendbarer“ Zufall ist eben ein solcher, dessen Eintritt oder Folgen von demjenigen, dem die Vornahme einer Prozeßhandlung oblag und der sie versäumt hat, bei Anwendung der gerade ihm nach Lage des Falles gerechterweise zuzumutenden Sorgfalt nicht „abgewendet“ werden konnte.

Danach schließt Fahrlässigkeit der Partei die Annahme eines unabwendbaren Zufalls naturgemäß aus. Das gleiche gilt auch von einem Verschulden ihres Prozeßvertreters, das sie nach § 232 Abs. 2 ZPO. sich wie ihr eigenes zurechnen lassen muß. Anders steht es mit dem Verschulden der Angestellten ihres Prozeßbevollmächtigten. Diese sind weder dessen Vertreter noch die der Partei. Soweit sie als Erfüllungsgehilfen des Prozeßbevollmächtigten bei Ausführung des Dienstvertrags in Betracht kommen, haftet der Rechtsanwalt nach § 278 BGB. zwar privatrechtlich. Diese Haftung läßt sich aber mangels einer positiven Vorschrift nicht auf das öffentlichrechtliche Gebiet des Zivilprozesses übertragen und daher auch nicht aus § 232 Abs. 2 ZPO. herleiten (vgl. die Urteile vom 1. Dezember 1913, Jur. Wochenschr. 1914 S. 314 Nr. 16, vom 8. April 1914 IV 704/18, vom 3. Mai 1919 IV 448/18, vom 30. Juni 1918 III 154/16, vom 22. November 1918 VII 177/18). Eine durch ein Versehen des Büropersonals eines Rechtsanwalts herbeigeführte Fristversäumung kann sich daher für diesen als Folge eines unabwendbaren Zufalls darstellen, für den er prozeßrechtlich nicht verantwortlich ist und der somit auch der Partei zugute kommt.

Nun hat zwar jeder Rechtsanwalt Fristsachen mit der größten Peinlichkeit und Genauigkeit zu behandeln; er hat Anordnungen und Einrichtungen zu treffen, die deren leichte Übersehbarkeit und Überwachung ermöglichen und geeignet sind, die Parteien, soweit das in menschlichen Kräften steht, vor den Gefahren einer Fristversäumung zu schützen. Zu

solchen Schutzmaßregeln gehört insbesondere die Anlegung eines Kalenders, worin der Fristablauf für jede einzelne Sache vermerkt wird und dessen tägliche Einsicht die Einhaltung der laufenden Fristen sichert. Anderseits aber sind die Anwälte gezwungen, gewisse einfache Verrichtungen, die keine besondere Geistesarbeit oder juristische Schulung verlangen, ihrem Büro zu überlassen, damit sie imstande sind, ihre eigentlichen Berufspflichten und die ihnen von der Rechtsordnung zugewiesenen bedeutsamsten und wichtigsten Aufgaben, die Beratung und Belehrung der Parteien, die Bearbeitung des Prozeßstoffes und die Vertretung der Parteien vor Gericht, sachgemäß und in vollem Umfange zu erfüllen. Unter die Geschäfte dieser Art, deren Erledigung der Rechtsanwalt im Berufsinteresse seinen Angestellten überlassen darf und muß, fällt auch die Führung des Fristenkalenders, wie denn auch von Gerichts- und anderen Staatsbehörden die Bearbeitung ähnlicher Register dem Büropersonal anvertraut wird und anvertraut werden muß. Eingänge von Fristsachen sind in jedem Anwaltsbüro alltägliche, sich immer und immer wiederholende Begebenheiten, die Büroangestellten sind von der Bedeutung der ordnungsmäßigen Wahrnehmung von Prozeß-, insbesondere von Rechtsmittelfristen bald unterrichtet, und es handelt sich bei deren Berechnung und Eintragung nach einiger Übung nur um eine Art mechanischer Tätigkeit. Das führt aber zu dem Ergebnis, daß die Rechtsanwälte, abgesehen von ihrer Pflicht zu gelegentlichen Nachprüfungen, bei geübtem und ihnen als gewissenhaft bekanntem Büropersonal auf dessen Fristeneinträge und damit zusammenhängende mündliche Auskünfte sich in der Regel verlassen dürfen. Eine jedesmalige Nachprüfung dieser Angaben ohne besonderen Anlaß kann und darf den Rechtsanwälten verständigerweise nicht zugemutet werden. Sie würde namentlich bei beschäftigten Anwälten ihre Zeit und Arbeitstätigkeit oft fast ebenso in Anspruch nehmen und sie dadurch in der Ausübung ihrer eigentlichen Berufspflichten ebenso beschränken und behindern wie die persönliche Führung des Fristenkalenders selbst. Unter diesen Umständen wird nicht nur die absichtliche falsche Führung des Registers und die mündliche absichtliche Täuschung eines Anwalts durch seine Büroangestellten über einen Fristablauf als ein für diesen unabwendbarer Zufall gelten müssen, sondern es muß folgerichtig auch jede unabsichtliche, versehentliche Irreführung des Anwalts über einen Fristablauf durch sein — bisher zuverlässiges — Büropersonal für diesen in der Regel einen unabwendbaren Zufall darstellen.

Die Betrauung des Fräuleins L. mit der Führung des Fristenregisters war obigem nach ein durch den Anwaltsberuf des Justizrats X. und durch ihre bisherige Zuverlässigkeit durchaus gerechtfertigter Akt. Was den vorliegenden Fall anlangt, so hat Justizrat X. sich bei Fräulein L. rechtzeitig nach dem Bescheide des Senatsvorsitzenden erkundigt. Es fragt sich nur, ob er verpflichtet war, sich diesen Bescheid in Urschrift vorlegen zu lassen. Das muß bei dessen kurzem, einfachem, jeden Zweifel ausschließendem Inhalte, den jeder Erwachsene verstehen kann, verneint werden. Justizrat X. durfte darauf vertrauen, daß Fräulein L. diese einfache und klare Verfügung richtig gelesen und richtig wiedergegeben habe. Hätte er übrigens, anstatt Fräulein L. zu fragen, den Fristenkalender eingesehen, so wäre das Ergebnis das gleiche gewesen. Mit einem plötzlichen Versagen der Auffassungskraft des Fräuleins L. konnte er nicht rechnen. Für ihn war die falsche Auskunft seiner langjährigen und gewissenhaften Mitarbeiterin ein auch bei größter Aufmerksamkeit unvorhersehbares und unabwendbares Ereignis im Sinne des § 233 ZPO., so daß wie geschehen zu entscheiden war.

Anmerkung: Dem durch Sperrdruck hervorgehobenen Grundgedanken dieser Entscheidung entspricht auch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts bei Anwendung des § 131 RVO. Zu vgl. besonders Entsch. 2732, 2733 Amtl. Nachr. 1914 S. 665, 666).

Sprechsaal.

Kann die uneheliche Wöchnerin durch die Krankenkasse zur Nennung des Vaters ihres Kindes angehalten werden?

Zu den Ausführungen von Hahn auf S. 92, 93 der Arbeiter-Versorgung seien mir einige Zeilen der Erwiderung gestattet. Hahn und ich sind einig darüber, daß es Fälle gibt, in denen es eine Härte wäre, von der unehelichen Wöchnerin die Nennung des Vaters zu verlangen. Einig sind wir auch darüber, daß in solchen Fällen die Krankenkassen von der Geltendmachung ihrer Ersatzansprüche an den außerehelichen Vater absehen dürfen und sollen. Während aber Hahn, wenn ich ihn recht verstehe, hieraus folgert, daß die Krankenkassen, wenn die Wöchnerin den Namen nicht nennen will, die Sache auf sich beruhen lassen sollten, bin ich der Ansicht, daß es Fälle gibt, in denen es durchaus angezeigt ist, trotzdem den Versuch zu machen, den Ersatzanspruch zu verwirklichen. Ich gehe von folgenden Erwägungen aus. Man hätte es verstehen können, wenn der Gesetzgeber, insbesondere der jetzige, wegen der entstehenden Härten, den Ersatzanspruch gegen den außerehelichen Schwängerer überhaupt ausgeschlossen hätte. Er hat aber gerade das Gegenteil davon getan, nämlich durch Änderung des § 1542 RVO. klargestellt, daß die Krankenkassen einen Ersatzanspruch haben. Wenn sie aber einen solchen Ersatzanspruch haben, müssen sie ihn auch durchführen, sofern es möglich ist. Das ist regelmäßig nur der Fall, wenn die Wöchnerin den Vater benennt. Wenn Hahn sagt: „Es ist wider die Scham und den Stolz eines ehelichen Weibes, den Namen des heimlich Geliebten öffentlich zu nennen“, so glaube ich, daß Hahn dabei den Ton auf den

„heimlich Geliebten" legt, denn ich kann nicht annehmen, daß er allen unehelichen Müttern, die den Namen des Vaters nennen, sei es der Krankenkasse, sei es vor Gericht im Alimentenprozeß, Scham, Stolz und Ehrlichkeit absprechen will, oder daß er unterstellt, der Gesetzgeber habe im Jahre 1919 einen Ersatzanspruch begründet oder klargestellt, der nur auf Kosten der Scham, des Stolzes und der Ehrlichkeit der unehelichen Mütter verwirklicht werden kann. Um „heimliche Liebe" handelt es sich aber nicht immer, das Leben zeitigt noch ganz andere Verhältnisse, und wenn eine Krankenkasse von der Wöchnerin die Nennung des Vaters verlangt, so mutet sie ihr damit nicht immer Verrat an sich und am Geliebten zu, sondern in gewissen Fällen doch nur einen Verzicht auf eine Bereicherung, die ihr nach dem Gesetz, wie es nun einmal ist, nicht zusteht. Und darauf kommt es an. Wenn nämlich die Wöchnerin den Vater nicht nennt, so kann sie die Entbindungskosten doppelt fordern, nämlich außer von der Krankenkasse auch vom Vater des Kindes. Zwar steht der Anspruch gegen den Vater ihr nicht mehr zu, sondern ist auf die Krankenkasse übergegangen. Diese kann aber ihren Anspruch nicht geltend machen, weil sie ihren Schuldner nicht kennt, und so erhält die Wöchnerin das, was nach dem Gesetz der Krankenkasse zusteht. Das befriedigt nicht. Deshalb habe ich den Krankenkassen angeraten, sich bei der Weigerung der Wöchnerin, den Vater zu nennen, nicht ohne weiteres zu beruhigen, sondern dann, wenn sie die vorgebrachten Gründe der Wöchnerin als triftig nicht anerkennen kann, den Versuch zu machen, den Vater auf andere Weise zu ermitteln, nämlich durch Befragung des Vormundes und Anfrage beim Vormundschaftsgericht. Wenn die Wöchnerin z. B. den Namen des Vaters dem Vormund zwecks Einleitung der Alimentenklage mitteilt, hatte sie gewiß keinen berechtigten Grund, der Krankenkasse die Auskunft zu verweigern. Wenn ich weiter darauf hinwies, daß in geeigneten Fällen auch Klage gegen die Wöchnerin möglich sei, so bin ich nicht der Ansicht gewesen, daß dieser Weg häufig zu beschreiten sei. Immerhin glaube ich, daß es Fälle gibt, in denen eine solche Klage in Frage kommen kann; ich verweise auf den von mir angeführten Fall, daß der Schwängerer die Wöchnerin abfindet unter der Vereinbarung, daß die Wöchnerin Ansprüche an die Krankenkasse nicht erheben soll, die Wöchnerin dann aber doch die Wochenhilfe von der Krankenkasse fordert und nun allen Anlaß hat, den Namen des Vaters zu verschweigen. Derartige oder ähnliche Verhältnisse können der Krankenkasse bekannt sein. Wenn sie dann versucht, ihren Ersatzanspruch zu befriedigen, so wird niemand etwas darin finden können, denn sie tritt lediglich dem Unrecht entgegen. Daß eine Klage gegen die Wöchnerin ein Messer ohne Heft und Klinge sei, halte ich nicht für richtig. Wenn der bisherige Gläubiger dem neuen Gläubiger die zur Geltendmachung der Forderung nötige Auskunft nicht erteilt, so ist er ihm für den daraus entstehenden Schaden haftbar. Die Krankenkasse könnte also von der Wöchnerin Schadenersatz für die geleistete Wochenhilfe fordern, d. h. praktisch genommen Rückzahlung der Wochenhilfe. In unserem obigen Beispiel würde dann im Endergebnis derjenige Zustand eintreten, der vom Gesetzgeber gewollt ist. Selbstverständlich versagt dieser Weg, wenn die Wöchnerin mittellos ist, aber nicht alle ledigen Mütter sind unbemittelt, und Ausnutzung der Kassen durch besser gestellte Personen ist am wenigsten angezeigt. Immerhin gebe ich Hahn darin recht, daß ein solches Verfahren gegen die Wöchnerin große praktische Bedeutung nicht hat. Es kann sich immer nur um besondere Fälle handeln. Wer aber die Rechtslage erläutert, muß auch diesen Weg angeben.

Bei den vorstehenden Darlegungen handelt es sich um die Anwendung des jetzt geltenden Rechtes. Ob dieses Recht zweckmäßig und billig ist, ist eine andere Frage. Man kann durchaus der Ansicht sein, daß es nicht angezeigt sei, in dieser Weise in die persönlichen Verhältnisse der Wöchnerin hineinzuleuchten. Man kann es auch für unbefriedigend halten, daß der Zweck des Gesetzes, Doppelleistungen zu vermeiden, nur bei den unerfahrenen oder aufrichtigen Müttern erreicht wird, während die gerissene Wöchnerin sich durch Verschweigen des Namens des Vaters die Doppelleistung doch verschaffen kann. Derartige Erwägungen müssen aber bei der Anwendung des Gesetzes außer Betracht bleiben; sie können nur dahin führen, eine Änderung des Gesetzes zu erstreben, wozu ja das in Kürze zu erwartende Abänderungsgesetz zum Wochenhilfegesetz Gelegenheit bieten würde. Daß durch die Beseitigung des Ersatzanspruchs der Krankenkasse für die Wöchnerin ein doppelter Fürsorgeanspruch entstehen würde, halte ich nicht für ausschlaggebend, denn die uneheliche Wöchnerin würde dadurch nur der ehelichen Wöchnerin gleichgestellt. Für sehr bedenklich dagegen würde ich es halten, wenn auf diese Weise den unehelichen Vätern ihre Verpflichtungen der Wöchnerin gegenüber abgenommen und aus öffentlichen Mitteln erfüllt würden. Das aber würde, wie es mir scheint, doch in gewissem Umfange eintreten, wenn der Ersatzanspruch der Krankenkasse beseitigt wird.

Landesrat Seelmann in Oldenburg.

Wir haben die vorstehenden Ausführungen Herrn Geheimrat Hahn vorgelegt und von ihm folgende Erwiderung erhalten:

Mir scheint, daß es für die Ausführungen Seelmanns an einem rechten Anlaß gefehlt hat, da er selbst zutreffend vorausgesetzt hat, daß ich keineswegs allen unehelichen Müttern, die den Namen ihres Geliebten nennen, edlere Gefühle habe absprechen wollen, und daß ich ebenso nicht schon jede Befragung der Mutter, sondern nur den Zwang oder den Versuch eines Zwanges gegen sie für unsittlich erklärt habe. Der letzte Absatz meines Aufsatzes kann wohl einen Zweifel hierüber nicht aufkommen lassen. Nennt die Mutter den Vater des Kindes dem Vormunde „zwecks Einleitung der Alimentenklage", so wird sie ihn gewiß auch der Kasse nicht verhehlen, und wenn sie es doch täte, so brauchte die Kasse nur den Vormund zu befragen und nötigenfalls den Vormundschaftsrichter um Auskunft zu ersuchen. Schweigt aber die Mutter auch dem Vormunde gegenüber, so darf die Kasse ihr nicht unedle Beweggründe unterstellen, sondern sie hat sich damit abzufinden, daß die Mutter, gleichviel aus welchem Grunde, den Verrat an den „heimlich" Geliebten ablehnt. Die Kasse kann auch, wie ich nachgewiesen habe, solchen Verrat gar nicht erzwingen. Die Möglichkeit, in solchem Falle durch eine Schadenersatzklage gegen die Mutter zum Ziele zu kommen — wie Seelmann meint — besteht nicht. Denn die Begründung dieser Klage würde den Nachweis voraussetzen, daß die Kasse von dem Vater des Kindes tatsächlich Ersatz erlangen könnte, und ich möchte wissen, wie die Kasse diesen Nachweis erbringen sollte, wenn sie den Vater und seine Verhältnisse nicht zu bezeichnen vermag. Schließlich gesteht ja auch Seelmann wenigstens zu, „daß ein solches Verfahren gegen die Wöchnerin große praktische Bedeutung nicht hat", während ich meine, daß es ganz zwecklos ist. Ob es sich noch lohnt, darüber zu streiten? Mir scheint, daß es sich nicht lohnt.

Führung des Krankenbuches bei Krankenkassen in Kartenform.

Im Heft 26 der ArbVers. 1919 S. 510 wird die Frage aufgeworfen, ob es zulässig ist, das Krankenbuch in Kartothekform, verbunden mit der Mitgliedskarte, zu führen. Da in Hamburg die meisten Ortskrankenkassen bereits vor dem am 1. Oktober 1919 erfolgten Zusammenschlusse diese kombinierte Karte benutzten und diese auch als Einheitskarte für die neu angelegte Kartothek der Allgemeinen Ortskrankenkasse bei der Vereinigung benutzt worden ist, dürften die nachstehenden Ausführungen von Interesse sein. Vorweg sei bemerkt, daß diese Karte weder bei den bisherigen Kassen, noch bei der jetzigen Allgemeinen Ortskrankenkasse das Krankenbuch ersetzt hat, m. E. auch nicht ersetzen kann. Das Krankenbuch wird hier ebenfalls in Kartenform geführt, aber durch besondere Karte, die noch näher bezeichnet werden wird.

Die von jener Kasse bezeichnete kombinierte Karte — Personalkarte — enthält auf der Vorseite die Personalien des Mitgliedes, den Nachweis der Mitgliedschaften, Arbeitgeber usw., auf der Rückseite die gesamten Krankmeldungen, jeder Krankheitsfall zusammengefaßt: Krankheit, Dauer, Zahl und Art der Krankentage, Art der Entlassung, Nachweis besonderer Aufwendungen (Erstattungen an den Armenverband usw.), abgegebene Heilmittel. Dieses System bietet besonders größeren Kassen, bei denen den Angestellten die individuelle Übersicht über die Mitglieder verloren geht, den Vorteil, schnell brauchbare Schlüsse sowohl über den Gesundheitszustand des Mitgliedes, die Inanspruchnahme der Kasse, als auch über die Mitgliedschaft zu ziehen, da aus der Karte chronologisch die Mitgliedschaften und die Erkrankungen (mit und ohne Arbeitsunfähigkeit) zu ersehen sind. Die kombinierte Karte gestattet eine schnelle Feststellung des Anspruches sowie den mühelosen Nachweis zurückliegender Krankheitszeiten bei Rentenansprüchen usw. Dennoch kann diese Krankheitsübersicht auf der Karte nicht an die Stelle des Krankenbuches treten. Jene Einträge auf der Karte bilden nur eine Zusammenfassung der im Krankenbuche im einzelnen aufgeführten Leistungen des Krankheitsfalles. Die Karte so einzurichten, daß sie sowohl den §§ 8 bis 12 der Bekanntmachung über Art und Form der Rechnungsführung entspricht, als auch die Aufstellung der Nachweisung (Muster 4) ermöglicht, dürfte im Hinblick auf die nach Muster 4 notwendige Aufrechnung des Krankenbuches weder angängig noch zweckmäßig sein, da die Karte auch bei Durchführung der übrigen Vorschriften viel zu umfangreich werden würde. Das Zentralbl. für Reichsvers. ist in der von der ArbVers. a. a. O. angezogenen Auskunft der Meinung, daß § 19 der Bekanntmachung, wonach das Buch Ende Januar für das vorhergehende Jahr abzuschließen ist, sich nur auf die Einnahme- und Ausgabebücher bezieht. Das ist an sich zwar richtig. Aber, wie sich aus der zweiten Fußnote zu Muster 4 der Bekanntmachung ergibt, sind alle in das Geschäftsjahr fallenden Krankheitstage zu zählen; das bedingt praktisch die Einrichtung eines Krankenbuches, das die Aufrechnung der Krankheitstage ermöglicht. Wollte man hierzu die am Eingange bezeichnete kombinierte Personalkarte verwenden, so müßten für die Aufstellung der Nachweisung, Muster 4, am Jahresschlusse die Karten solcher Mitglieder, die im Kalenderjahr krank waren, aus der Gesamtkartothek herausgesucht, die Krankheitsfälle und -tage des abgelaufenen Jahres registriert und addiert werden; die am Jahresschlusse noch laufenden Fälle würden zunächst bis dahin aufzurechnen sein. Ein solches Verfahren wird man nicht als empfehlenswert bezeichnen können, bei einer größeren Kasse mit umfangreicher Kartothek wäre es auch gar nicht durchführbar. Die in der Arbeiterversorgung bezeichnete Kasse führt darum auch, um den Anforderungen in bezug auf Aufstellung der Nachweisung, Muster 4, nachkommen zu können, ein Leistungsbuch nebenher, so daß für sie das Krankenbuch, wenn auch in anderer Form, nicht ganz entbehrlich erscheint.

Das Zentralbl. für Reichsvers. legt m. E. dem § 12 der Bekanntm. zu wenig Bedeutung bei. Der Satz: „Die Eintragungen müssen mit den bezüglichen Eintragungen im Krankenbuch übereinstimmen", kann doch nur so verstanden werden, daß jede Zahlung, z. B. jede Krankengeldzahlung, die für den einzelnen Arbeitsunfähigkeitsfall im Ausgabebuch verbucht ist, auch im Krankenbuche bzw. auf der Krankenkarte zu erscheinen hat, um eine Gegenkontrolle zu erhalten. Diese Eintragungen nebst den Zahltagen in die kombinierte Personalkarte einer Mitglieder-Kartothek aufnehmen zu wollen, müßte sehr bald an der Raumfrage scheitern. Die Rückseite der Karte, die dafür zur Verfügung steht, würde schon durch die ins einzelne gehenden Eintragungen einer oder zweier langandauernden Krankheitsfälle gefüllt sein, während doch die Personalkarte viele Jahre laufen soll, ohne durch zwei oder weitere Neuanlagen die Kartothek zu belasten. Durch die ins einzelne gehenden Eintragungen würde auch der Zweck der kombinierten Karte, eine übersichtliche, chronologische Aufstellung über die Erkrankungen des Mitgliedes sowie schnellen Aufschluß über den Anspruch zu gewinnen, verfehlt werden.

Das Krankenbuch hat den Zweck, die Krankheitsfälle, die in ihm registriert sind, statistisch zusammenzufassen, evtl. bei späteren Nachfragen den Einzelfall nachweisen zu können. Wenn nun die Bekanntmachung die Führung des Krankenbuches in Kartenform zuläßt, so aus dem Grunde, um den Krankenkassen, die vielfach schon seit Jahren eine weitergehende Statistik als die vorgeschriebene vornehmen, diese an der Hand des viel beweglicheren Kartenmaterials zu erleichtern. Dazu bedarf es aber der Ausfertigung einer Krankenkarte in jedem Krankheitsfalle, der mit Arbeitsunfähigkeit verbunden ist.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Hamburg hat nach Zusammenschluß der hamburgischen Ortskrankenkassen die Krankenkarte (außer der kombinierten Personalkarte) an Stelle des Krankenbuches eingeführt. Die Vorderseite dient der Statistik, die Rückseite zum Nachweis der Zahlungen. Die Vorderseite enthält die Personalien, soweit sie für den Krankheitsfall benötigt werden, die Krankheit, Dauer, Zusammenstellung der Tage und Aufwendungen sowie alle Angaben, die zu statistischen oder mit dem Krankheitsfall im Zusammenhang stehenden Zwecken verwendet werden könnten. Auf der Rückseite trägt der Schalterbeamte in vorgedruckten Rubriken bei Ausfertigung des Ausgabebeleges vor der Auszahlung die Barleistungen auf, z. B. beim Krankengeld: Zeit, Tage, Betrag und Zahltag der Auszahlung. Ist der Krankheitsfall beendet, wird die Karte aufgerechnet, Krankheit, Dauer und Krankheitstage werden auf die Personalkarte übertragen und die abgeschlossene Karte wandert in die statistische Abteilung. Die Krankenkarte hat gegenüber dem festen Krankenbuch unbestreitbare Vorteile für kleinere und größere Kassen, insbesondere für letztere, auch wenn sie mit Zahlstellen arbeiten. Der Schalterbeamte, der für

jeden neu gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsfall eine Karte ausfertigt, gruppiert die Karten nach Krankengeldempfängern, Anstaltspfleglingen und auswärtigen Kranken. Er hat so eine gute Übersicht über die an seinem Schalter vorhandenen arbeitsunfähigen Kranken, kann täglich genau den Bestand angeben, an der Hand der auf der Rückseite vermerkten Zahlungen sofort feststellen, welcher Arbeitsunfähige, ohne arbeitsfähig geschrieben zu sein, am Zahltage ausgeblieben ist und den Fall abschließen. Irrtümer in der Ausrechnung der Tage und Beträge werden wesentlich gemindert, indem durch den vor der Auszahlung auf der Krankenkarte vorgenommenen Auftrag eine gewisse Kontrolle hergestellt wird. Bei Reklamationen können sofort die Zahlungen nachgewiesen werden, da die Eintragungen Abschriften der Quittungen darstellen. Die Addition der Einzelaufträge auf der Rückseite ergibt eine sichere Kontrolle zu der Ausrechnung der Tage auf der Vorderseite der Karte. Steht z. B. auf der Vorderseite „arbeitsunfähig vom 1. 1. bis 28. 1. — 25 Tage mit Krankengeld (3 Karenztage)", so enthält die Rückseite 4 oder 5 Wochenzahlungen, deren Tage addiert, mit der Zahl der auf der Vorderseite bezeichneten Tage korrespondieren müssen. Die bei großen Krankenkassen sonst notwendige Ausfertigung eines statistischen Zettels erübrigt sich, da die Krankenkarte sofort nach Abschluß der statistischen Abteilung übermittelt wird. Diese kann von der Karte alles ablesen, was sie zu ihren statistischen Eintragungen gebraucht. Auf diese Weise wird auch eine bewegliche Verbindung mit den Zahlstellen bezüglich Zusammenfassung der dort laufenden Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit hergestellt. Die Schalter der Zahlstellen führen ihre Krankenkarten über die dort gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsfälle genau so wie die Zentrale über die übrigen. Verzieht ein Arbeitsunfähiger während des Krankengeldbezuges in den Bezirk einer anderen Zahlstelle, wird die Karte dorthin überwiesen; inwieweit Zahlungen geleistet sind, ist aus der Karte ersichtlich. Die Krankenkarte wird nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit abgeschlossen und der Zentrale überwiesen. Diese trägt den Krankheitsfall auf die Rückseite der kombinierten Personalkarte (die nur in der Zentrale geführt wird) und übergibt die Krankenkarte der statistischen Abteilung zur weiteren Erledigung. Letztere ordnet die Karten in ihrer Abteilung. Wird irgendeine Angabe über Mitgliedschaft oder Krankheit eines Mitgliedes gefordert, so läßt sie sich von der kombinierten Personalkarte absehen. Sind ausnahmsweise später detaillierte Angaben über die Auszahlungen nachzuweisen, ermöglicht die in der statistischen Abteilung weggeordnete Karte die Nachprüfung.

Im ersten Augenblick erscheint diese Art der Führung des Krankenbuches in Kartenform als Mehrarbeit gegenüber dem gewohnten festen Krankenbuche. In Wirklichkeit besteht die Mehrarbeit nur in der Abkehr von dem Gewohnten. Will man den Vorschriften der Bekanntmachung nachkommen, braucht man die vorbeschriebenen Angaben auch in dem festen Krankenbuche, ist aber mit der Krankenkarte bezüglich Vorarbeitung des Materials, insbesondere bei Kassen, die eine weitgehende Statistik führen, ganz entschieden im Vorteil. Nicht zu unterschätzen sind außerdem die Kontrollen, die die Krankenkarte dem Abfertigungsbeamten bringt, die bei Führung des festen Krankenbuches nicht möglich sind.

Pönisch, Leiter der Abfertigungen bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Bevorstehende Änderungen des Krankenversicherungsrechts.

In der Sitzung der Nationalversammlung vom 1. März 1920 wurde über einen Antrag der Abgeordneten Graef-Frankfurt und Genossen verhandelt, die Staatsregierung zu ersuchen: 1. möglichst bald zu veranlassen, daß den Krankenkassen für die Ausstellung der Quittungskarten für die Invalidenversicherung eine die Selbstkosten deckende Entschädigung von den Landesversicherungsanstalten gezahlt wird, 2. gemäß § 1447 RVO. anzuordnen, daß die Krankenkassen die Beiträge der Versicherungspflichtigen einziehen, 3. zu veranlassen, daß die den Krankenkassen für die Beitragseinziehung zu gewährende Vergütung die Selbstkosten der Krankenkassen decke. Nach längerer Aussprache wird der Antrag angenommen.

Es folgt der Antrag Graef-Frankfurt und Genossen, die Staatsregierung zu ersuchen, bei der Reichsregierung dringend vorstellig zu werden, daß recht bald die Grundlöhne (§ 180 RVO.), nach welchen sich die baren Leistungen der Krankenkassen richten, entsprechend den heutigen Zeitverhältnissen erhöht werden, um die Kranken vor größerem Schaden zu bewahren.

Abg. Graef-Frankfurt (Soz.): Nach dem Grundlohn richten sich alle Leistungen der Krankenkassen. Infolge der Teuerung reicht der Grundlohn nicht mehr aus und mußte erhöht werden. Ein Arbeiter, der erkrankt, bekommt nur ein Krankengeld von 36 *M*, während er über 100 *M* und mehr verdient. Mit 36 *M* kann er heute unmöglich auskommen. Deshalb ist es notwendig, die Grundlöhne zu erhöhen. Von demokratischer Seite wird bemerkt, daß man dem Antrage zustimmt. Professor Abderhalden sagte einmal, wir sind ein sterbendes Volk. Wenn dem so ist, ist es unsere Pflicht, dem Sterbenden die letzte Stunde so leicht wie möglich zu machen. Deshalb muß die Reichsversicherungsordnung so schnell wie möglich ausgebaut werden. Die Eisenbahnverwaltung hat bei den Tarifverhandlungen mit den Arbeitervertretern sich verpflichtet, den Arbeitern einen Zuschuß zu geben, weil sie überzeugt davon ist, daß mit einem Krankengelde von 5 bis 6 *M* heutzutage absolut nicht mehr auszukommen ist.

Von einem Regierungsvertreter wird mitgeteilt, daß in der demnächst dem Reichstage vorzulegenden Novelle zur Reichsversicherungsordnung eine bedeutende Erhöhung der Höchstsätze enthalten sein wird.

Nachdem noch die Redner der Deutschnationalen, der Deutschen Volkspartei, der Unabhängigen Sozialdemokraten und der Deutsch-Hannoveraner sich zu dem Antrage zustimmend geäußert haben, erklärt im Schlußwort

Abg. Graef, es sei notwendig, daß die preußische Landesversammlung sich einmütig hinter die Wünsche der Krankenkassen stellt, dann werde eine solche einstimmige Beschlußfassung auch ihres Eindrucks auf die Nationalversammlung nicht verfehlen.

Das Haus nimmt den Antrag Graef einstimmig an.

Die Wünsche zur Umgestaltung der sozialen Versicherung an die Deutsche Nationalversammlung.

Die politischen und wirtschaftlichen Umwälzungen der letzten Jahre haben auch die Einrichtungen unserer Sozialversicherung erschüttert. So manche Bestimmung ist unhaltbar geworden und muß den veränderten Verhältnissen angepaßt werden. Es ist begreiflich, daß sich das Verlangen nach Neugestaltung in zahlreichen Eingaben an die Verfassunggebende Deutsche Nationalversammlung äußert. Gilt doch diese Stelle heute vielen Menschen als jene, die alles kann. Nehmen wir die vier letzten Verzeichnisse der bei der Nationalversammlung eingegangenen Petitionen zur Hand, so finden wir viele solcher, die sich mit der Sozialversicherung beschäftigen. Man kann sie in zwei Gruppen teilen: in solche, die eine Umgestaltung der Gesetze anregen, und solche, die auf Grund der bestehenden Vorschriften irgendwelche Hilfe haben wollen. Diese sind sogar in der Mehrzahl. Zum guten Teil handelt es sich dabei um Beschwerden von Versicherten, die mit ihrem Anliegen schon bei den sonst zuständigen Stellen (Versicherungsbehörden) abgewiesen worden sind. Sie glauben, daß nun die Nationalversammlung noch helfen könne. Für unsere Leser brauchen wir kaum hinzuzufügen, daß das natürlich ein Irrtum ist. Die Nationalversammlung hat keinen Einfluß auf die Rechtsprechung. Es sind also vollkommen unnütze Bemühungen und unnütze Kosten, die sich die Versicherten mit ihren Eingaben bereiten.

Nach dem 11. Verzeichnis der Petitionen ersucht z. B. der Vorstand der Thüringischen Landesversicherungsanstalt in Weimar um Erlaß eines Gesetzes, das den Landesversicherungsanstalten durch eine Erhöhung der Beiträge finanzielle Gesundung und eine ausreichende Betätigung auf dem Gebiete der allgemeinen Wohlfahrtspflege ermöglicht. Zur Begründung wird auf die stark gewachsenen Ausgaben der Invalidenversicherung hingewiesen. Der Deutsche Privatbeamten-Verein in Magdeburg bittet um Erhöhung der Ruhegehaltsbezüge der pensionierten Angestellten, der Träger der sozialen Versicherung. In Betracht kommen hier nur die Beamten der Landesversicherungsanstalten. Die Schlesische Gruppe des Deutschen Bundes für Mutterschutz in Breslau bittet um Fürsorgemaßnahmen für die Schwangeren als Grundlage des staatlichen Mutterschutzes, entsprechende Abänderung der sozialen Gesetzgebung und um Zahlung der Wochenhilfe für 12 Wochen. Der Deutsche Drogisten-Verband e. V. in Berlin überreicht einen Abänderungsvorschlag zum § 375 RVO., betr. den Verkehr mit Arzneimitteln. Es sollen auch Verträge mit Drogisten usw. abgeschlossen werden können. In einer Eingabe Albert Frickes in Hannover wird gebeten, die Zahlung der Rentenzuschüsse nicht von dem Erfordernis einer Erwerbsunfähigkeit von 66⅔ v. H. abhängig zu machen, sondern die Grenze auf 55 oder 60 v. H. herabzusetzen, sowie den Nachweis der Bedürftigkeit zur Erlangung der Zuschußrente fallen zu lassen. Die Eingaben um Erhöhung der Invaliden- und Unfallrenten sind sehr zahlreich. Jacob Lorenz in Düsseldorf bittet u. a. auch um Erhöhung der Renten der vor dem Jahre 1900 durch Unfall Verletzten. Ein anderer Antragsteller empfiehlt auch bei Unfallrenten die Gewährung von Kapitalabfindung, wie bei den Kriegsbeschädigten. Schulrat Radomski in Cunersdorf bittet um Reform der gesamten sozialen Gesetzgebung nach seinen Vorschlägen.

Das 12. Verzeichnis enthält nur eine Reihe von Petitionen um Erhöhung der Renten und Hinterbliebenenbezüge, ohne daß dabei neue Gesichtspunkte hervortreten. Das 13. Verzeichnis führt u. a. eine Petition der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft und der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge e. V. in Dresden auf, die darum bitten, bei der Revision der Reichsversicherungsordnung Bestimmungen in diese aufzunehmen, nach denen die Krankenkassen verpflichtet sind, ihren Versicherten nötigenfalls auch orthopädische Apparate zu liefern. Die Vereinigung vogtländischer Krankenkassen e. V. in Plauen schließt sich dem Entwurf der Auskunftstelle für Heimarbeitreform und des Büros für Sozialpolitik vom Juli 1919 zu einer anderweitigen gesetzlichen Regelung der Kranken- und Invalidenversicherung der Hausgewerbetreibenden an, mit der Bitte um Fassung des § 466 Abs. 1 nach seinem eingereichten Vorschlag. Der Land- und Forstwirtschaftliche Arbeitgeberverband für die Provinz Schlesien in Breslau bittet um sofortige Aufhebung des § 205a des Gesetzes über die Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919. Der Bund der Pensionäre und Witwen an der Saar in Sulzbach und andere verwandte Vereinigungen sowie eine Reihe Einzelpersonen bitten um ausreichende Erhöhung der Renten der Invaliden- und Unfallrentner und ihrer Hinterbliebenen. Nach dem 14. Verzeichnis ersucht der Gewerkschaftsbund der Angestellten in Berlin um Beseitigung der oberen Gehaltsgrenze für die Versicherungspflicht zur Kranken- und Angestelltenversicherung. Die Vorstandsältesten des Allgemeinen Knappschaftsvereins in Bochum überreichen einen Abänderungsvorschlag zum § 180 der Reichsversicherungsordnung. Der Provinzial- und Kreis-Bauernrat in Insterburg überreicht Vorschläge zur Neuordnung der Versicherungsgesetzgebung. Der Verband der Unfall-, Invaliden- und Altersrentenempfänger in Ohligs überreicht Vorschläge zur Aufbesserung der Bezüge der Invaliden-, Alters- und Unfallrentner zur weiteren Verwendung dieser im öffentlichen Leben und anderes mehr. Joh. Lampe in Dresden bittet um angemessene Erhöhung der Zulagen zu den Unfallrenten oder um Gewährung einer einmaligen Teuerungszulage an die Unfallrentner. Der Verband der Berufsgenossenschaften in Berlin erstrebt Gleichstellung der Schwerunfallverletzten mit den Schwerkriegsbeschädigten und um Übertragung der Durchführung des künftigen Gesetzes, soweit es sich auf die Zuweisung der Schwerunfallverletzten an den Arbeitsplatz bezieht, auf die Berufsgenossenschaften. Die sonstigen sehr zahlreichen auf die soziale Versicherung bezüglichen Eingaben verlangen meist Erhöhung der Renten, und zwar allgemein oder in einzelnen Fällen. Im übrigen wird noch gewünscht: „Verstaatlichung der Unfallversicherung", allgemeine Abfindung von Unfallrentnern usw. Ein Karl Ender, Schneidergehilfe in Eisenach, ersucht sogar um Ausstellung einer Quittungskarte zur Invalidenversicherung. So bescheiden der Wunsch ist, die Nationalversammlung hat ihn doch nicht erfüllt.

Ein Wegweiser durch das Betriebsrätegesetz

ist unter dem Titel „Der Betriebsrat" aus der Feder unseres geschätzten Mitarbeiters Friedr. Kleeis im Zentral-Verlag G. m. b. H., Berlin 1920, erschienen. Das Heft enthält eine anschauliche, übersichtlich gegliederte Darstellung des Inhalts und des Zweckes des Gesetzes im ganzen und seiner vielgestaltigen einzelnen Einrichtungen. Da als Betriebe, für welche Betriebsräte zu errichten oder wenigstens Betriebsobmänner zu wählen sind, auch alle Betriebe des öffentlichen Rechts, insbesondere

auch die Verwaltungen der Versicherungsträger gelten, so kann der Wegweiser auch unseren Lesern als ein praktisches Mittel, sich mit dem Inhalt des Gesetzes vertraut zu machen und es sachgemäß zu handhaben, angelegentlich empfohlen werden. Der Preis beträgt nur 1 M.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Häusliche Gemeinschaft zwischen Eheleuten als Voraussetzung der Familienwochenhilfe.

1. **Nach Rehau, Oberfr.** Antwort: Der uns mitgeteilte Bescheid des bayer. Ministeriums für soziale Fürsorge lautet: „Vorbehaltlich instanzieller Entscheidung der zuständigen Spruchinstanzen möchte ich die Auffassung vertreten, daß bei einer durch die außerordentliche Wohnungsnot erzwungenen, tatsächlich getrennten Lebensführung der Ehegatten entsprechend der Entscheidung des RVA. in Amtl. Nachr. 1915 S. 432 Nr. 1992 der Begriff »häusliche Gemeinschaft« des § 205a RVO. dann nicht entfällt, wenn die Trennung durch die Wohnungsnot erzwungen als nur vorübergehende anzusehen und der Wille der Beteiligten darauf gerichtet ist, die häusliche Gemeinschaft nach Wegfall des Hinderungsgrundes sogleich wieder herzustellen."

Dieser Bescheid betrifft allerdings einen ganz ähnlichen Sachverhalt, wie unsere abweichende Auskunft im Heft 6 1920 S. 119 Ziff. 4. Ob im Falle dieser Auskunft oder sonst bereits eine Entscheidung ergangen ist, ist uns nicht bekannt geworden. Wir halten die Auskunft gegenüber der Ansicht des Ministeriums aufrecht. Die häusliche Gemeinschaft ist ein tatsächlicher Zustand, der Zustand des räumlichen Zusammenlebens. Die bloße Absicht, dieses Zusammenleben herzustellen, sobald die Verhältnisse es ermöglichen, begründet noch keine häusliche Gemeinschaft. Von einer solchen kann nicht die Rede sein, solange jene Absicht, sei es auch nur unter dem Zwange der Verhältnisse, noch nicht betätigt worden ist. War sie bereits betätigt, dann allerdings wird sie nicht schon durch jede tatsächliche, ersichtlich vorübergehende Trennung aufgehoben. So lag der Fall der vom Ministerium angeführten Entscheidung (ArbVers. 1915 S. 395), der sich eben hierdurch wesentlich von dem von uns beurteilten und von dem Fall unterscheidet, den das Ministerium geprüft hat. In diesen beiden Fällen war es bis zur Niederkunft der Frau und darüber hinaus noch nicht zu einer Betätigung der Absicht und folglich nicht zu einer häuslichen Gemeinschaft gekommen.

a) Krankengeld neben Wochengeld bei der Familienwochenhilfe? b) Freie Vereinbarung der Vergütung für ärztliche Leistungen der Wochenhilfe und Wochenfürsorge.

2. **Nach H.** Antwort: a) Als Familienwochenhilfe werden nach § 205a RVO. „die im § 195a bezeichneten Leistungen" gewährt. Diese Fassung läßt es schon zweifelhaft erscheinen, ob und in welcher Weise danach auch der Abs. 2 des § 195a anzuwenden ist, wonach neben Wochengeld kein Krankengeld gewährt wird (zu vgl. Hoffmann in ArbVers. 1919 S. 646). Jedenfalls aber ist diese Vorschrift nicht anwendbar, wenn die Kasse, welcher die Wöchnerin im letzten Jahre angehört hat, der nach § 205a leistungspflichtigen Kasse nur auf Grund des § 197 Ersatz geleistet, nicht aber der versicherten Wöchnerin selbst „Wochengeld" gewährt hat. Die erstattungspflichtige Kasse kann daher im vorliegenden Falle der Wöchnerin das Krankengeld für die vor der Niederkunft liegende Zeit, für die sie keinen Anspruch auf Wochengeld hatte, nicht vorenthalten; denn sie bezieht dieses Krankengeld nicht „neben" dem Wochengelde.

b) Wenn der Kassenarzt nicht durch seinen Vertrag mit der Kasse verpflichtet ist, den anspruchsberechtigten Mitgliedern oder deren Angehörigen auch Wochenhilfe und Wochenfürsorge nach §§ 195a ff., 205a und nach § 17 Ges. v. 26. 9. 19 zu gewähren, so ist er nicht gehindert, seine geburtshilflichen Leistungen von der Gewährung höherer Vergütungen als nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung abhängig zu machen und, falls solche Vergütung nicht bewilligt wird, seine Dienste überhaupt zu versagen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1b und c zu § 368 RVO.). Das mag in vielen Fällen zu Härten führen, ist aber nach Lage der Gesetzgebung nicht zu ändern.

Ansprüche auf Kassenleistungen für Personen, die in den von Deutschland abgetretenen Gebieten wohnen oder beschäftigt sind.

3. **Nach Friedeberg Nm.** Fragen: Die Betriebskrankenkasse einer hiesigen Firma hat nach der Besetzung der abgetretenen Gebiete Versicherte, deren Angehörige in diesen Gebieten wohnen; die Versicherten aber sind im hiesigen Betriebe beschäftigt. Außerdem sind Versicherte auf Baustellen beschäftigt, die in besetzten Gebieten liegen, zum größten Teile auch dort wohnen. Hat die Kasse die Leistungen nach der Besetzung weiterzugewähren für die im Auslande lebenden Familienangehörigen und an die dort wohnhaften Versicherten, nachdem die Leistungen begonnen haben, und entsteht ein Anspruch auf neue Versicherungsfälle? Die Beiträge bis zur Besetzung sind von den Berechtigten erhoben. Wie ist es mit den im Polen beschäftigten Arbeitern der dortigen Baustellen? Sie dürften mit der Besetzung als Mitglieder der Kasse ausgeschieden sein. Oder bestehen besondere Vorschriften für sie im Friedensvertrage oder sind sonstige vertragliche Abmachungen abgeschlossen? Die Anfrage erstreckt sich auf sämtliche Pflichtleistungen wie Krankenhilfe, Wochenhilfe und Familienhilfe.

Antwort: Im allgemeinen bestimmt der Friedensvertrag (unbeschadet besonderer Bestimmungen, die für Polen nicht vorgesehen sind) im Art. 312, daß die deutsche Regierung derjenigen

Macht, an die deutsche Gebiete in Europa abgetreten werden, einen entsprechenden Anteil der Rücklagen abzutreten hat, die für den Dienst der gesamten sozialen und staatlichen Versicherungen in diesen Gebieten bestimmt sind; daß die Mächte, auf welche diese Gelder übertragen werden, sie zur Erfüllung der aus den Versicherungen entspringenden Verpflichtungen zu verwenden haben, und daß die näheren Bedingungen dieser Übertragung zwischen den beteiligten Regierungen binnen drei Monaten nach Inkrafttreten des Vertrages zu regeln sind; andernfalls erfolgt Regelung durch den Rat des Völkerbundes. Daraus ist ersichtlich, daß jedenfalls die abgetretenen Gebiete, als Ausland, aus der Teilnahme an der deutschen Sozialversicherung ausscheiden, wie es der Natur der Sache entspricht. Mit der Abtretung endet die Versicherungspflicht der im abgetretenen Gebiete beschäftigten Personen, soweit nicht diese Beschäftigung als Ausstrahlung des inländischen Betriebes angesehen werden kann. Über diese letztere Frage ist zu verweisen auf Entsch. der RVA. in ArbVers. 1916 S. 634; Hahn daselbst 1915 S. 697, auch die Entscheidungen das. 1916 S. 53, 81. Für die hiernach aus der Kasse ausgeschiedenen Personen können also neue Ansprüche auf Leistungen der Kranken- oder Wochen- oder Familienhilfe nicht entstehen. Personen, die im Inlande beschäftigt sind und im abgetretenen Gebiete nur wohnen, bleiben versichert und haben Anspruch auf Kassenleistungen unter Beachtung des § 221 RVO. Ein Ruhen der Krankenhilfe nach § 216 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. tritt nicht ein, weil die Voraussetzung, daß der Berechtigte sich nach Eintritt des Versicherungsfalls ins Ausland „begibt", nicht zutrifft, wenn er dauernd dort wohnt. Aus dem gleichen Grunde sind auch die vor der Abtretung entstandenen Ansprüche der Versicherten für sich und berechtigte Familienangehörige weiter zu erfüllen.

Das Saargebiet als Ausland?

4. **Nach Illingen.** Frage: Durch den Friedensvertrag ist das Saargebiet von Preußen abgetrennt und zu einem selbständigen Staatswesen, dem „Saarstaat", umgeschaffen worden. Ist dieses Staatswesen als „Ausland" im Sinne der §§ 216 ff. RVO. anzusehen?

Antwort: Das Saarbecken ist nicht endgültig vom Deutschen Reiche abgetrennt (zu vgl. Art. 47 des Friedensvertrages nebst §§ 34 ff. der Anlage); nur die Regierungsbefugnisse, die früher dem Deutschen Reiche, Preußen und Bayern zustanden, sind im vollen Umfang einem den Völkerbund vertretenden Ausschuß übertragen, zu dessen Gunsten Deutschland auf die Regierung verzichtet hat (Art. 46 ff., 49 nebst §§ 16 ff. der Anlage). Im Art. 49 wird der Völkerbund als „Treuhänder" bezeichnet. Danach wird man nicht sagen dürfen, daß das Saargebiet im Verhältnis zum Deutschen Reich „Ausland" sei; vielmehr ruht nur die Souveränität des Reiches bis zu endgültiger Entscheidung auf Grund der Volksbestimmung nach §§ 34 ff. der Anlage. Besonders aber gilt das Gebiet nicht als Ausland im Sinne der §§ 216 ff. RVO. Denn im § 24 der Anlage ist bestimmt, daß die Rechte der Einwohner in Versicherungsfachen durch keine Bestimmung des Vertrages berührt werden, daß vielmehr Deutschland und die Regierung des Saarbeckens alle diese Rechte zu erhalten und zu schützen haben.

Zur Einwirkung der Erhöhung des Krankenhauspflegesatzes auf schwebende Fälle.

5. **Nach Fr.** Antwort: Der grundsätzlichen Auffassung der Krankenkasse stimmen wir zu. Sie entspricht dem, was wir über diese Frage bereits wiederholt ausgeführt haben. Wir verweisen auf die Auskünfte im Jahrgang 1919 S. 378 Ziff. 5, S. 399 Ziff. 6, S. 460 Ziff. 6, S. 679 Ziff. 5. Es ist also davon auszugehen, daß die Erhöhung des Pflegesatzes durch die Krankenhausverwaltung nicht auf die schon vorher durch Einweisung und Aufnahme von Kranken zustande gekommenen Verträge zwischen einer Krankenkasse und der Krankenhausverwaltung einwirkt, wenn nicht die Krankenhausverwaltung die Absicht sofortiger Erhöhung des Satzes auch für die bereits aufgenommenen Kranken gegenüber der Kasse zum Ausdruck bringt und die Kasse ihr Einverständnis hiermit ausdrücklich oder stillschweigend, z. B. durch weitere Belassung der Kranken in der Anstalt, bekundet. Demgegenüber ist im vorliegenden Falle der durch den Magistrat vertretenen Krankenhausverwaltung zweierlei zuzugestehen: 1. Die Erklärung, daß der Pflegesatz erhöht wird, braucht nicht gerade unmittelbar und besonders an die Krankenkasse gerichtet zu sein; vielmehr wird eine in ortsüblicher Weise erfolgte allgemeine öffentliche Bekanntmachung des Magistrats, von der vorausgesetzt werden darf, daß sie auch zur Kenntnis der Kasse gelangt, auch als Erklärung gegenüber der Kasse zu gelten haben. 2. Daß der höhere Satz auch für die bereits aufgenommenen Kranken gelten soll, muß nicht gerade mit diesen oder ähnlichen Worten ausgedrückt sein; sondern es genügt, daß eine dahingehende Absicht der Krankenhausverwaltung aus den Umständen zu entnehmen und auch für die Kasse hinreichend klar erkennbar ist. An dieser letzteren Voraussetzung aber fehlt es, wenn der Magistrat lediglich bekanntgegeben hat, daß von einem bestimmten Tage ab eine Erhöhung des Pflegesatzes in Kraft tritt. Es kann sein, daß es dem wirklichen Willen des Magistrats im Hinblick auf die allgemeine Teuerung entsprochen haben mag, daß die Erhöhung auch für die bereits vorher aufgenommenen Kranken gelten soll (§ 133 BGB.). Aber bei einem gegenseitigen Vertrage kommt es eben nicht allein auf den einseitigen Willen des einen Teils, sondern auch darauf an, ob auch der andere Teil die Erklärung ebenso auffassen mußte, so daß sein Schweigen als Einverständnis gedeutet werden kann und muß. Dies kann nicht zugestanden werden. Die Kasse konnte mindestens mit gleichem Rechte meinen, daß die Erhöhung sich nur auf künftig aufzunehmende Kranke beziehe. Deshalb darf aus ihrem Schweigen nicht der Schluß gezogen werden, daß sie den höheren Satz auch für die bereits zu einem niedrigeren Pflegesatze Aufgenommenen stillschweigend bewilligt habe. — Es ist indessen nicht zu verkennen, daß es sich insoweit um eine Frage der Auslegung auf Grund der Würdigung tatsächlicher Verhältnisse handelt, wobei für das freie richterliche Ermessen ein weiter Spielraum bleibt. Deshalb eignet sich die Sache vielleicht zu einem billigen Vergleiche.

Fortzahlung der Kassenbeiträge durch den Arbeitgeber bewirkt keine Weiterversicherung, wenn der Arbeitgeber die Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. schuldet.

6. **Nach D.** Frage: Ein kaufmännischer Angestellter ist infolge Überschreitens der Versicherungsgrenze von 5000 M im Dezember aus der Krankenversicherung ausgeschieden. Der Arbeitgeber hat die Abmeldung unterlassen und die Beiträge weitergezahlt. Am 8. Februar ist die Ehefrau des Versicherten niedergekommen und es wird Anspruch auf

Wochenhilfe nach § 205a RVO. (§ 10 Ges. v. 26. 9. 1919) erhoben. Eine Anzeige, daß die Mitgliedschaft freiwillig fortgesetzt werden soll, ist der Kasse nicht zugegangen. Hat nun die Kasse Leistungen zu gewähren, weil es nach § 313 Abs. 2 Satz 3 RVO. der Anzeige gleichsteht, wenn in der dort bestimmten Frist die Beiträge gezahlt werden? Zu den Beiträgen, die nach Überschreiten der Versicherungsgrenze von der Kasse infolge der Nichtabmeldung im Einzugsverfahren eingehoben worden sind, hat auch der Versicherte den gesetzmäßigen Teil beigetragen. Ließe sich hier eine Verpflichtung der Kasse unter Anlehnung an die Entsch. 1992, Amtl. Nachr. 1915 S. 432, ArbVers. 1915 S. 395, die Annahme rechtfertigen, daß die Beiträge zum Zwecke der Weiterversicherung entrichtet worden sind und daher beim Eintritt des Versicherungsfalles eine Leistungspflicht der Kasse besteht? Offenbar hat der Wille des Versicherten stillschweigend vorgelegen, die Mitgliedschaft freiwillig fortzusetzen, denn sonst hätte er sich weigern müssen, seinen Anteil zu den Beiträgen zu bezahlen. Die Ansicht im Kommentar Stier-Somlo im § 313 RVO. S. 632, „daß es nicht genüge, wenn der seine Abmeldepflicht versäumende Arbeitgeber die Beiträge fortbezahlt", dürfte nach der neuesten Rechtsprechung wohl nicht mehr haltbar sein (ArbVers. 1917 S. 200 und 1918 S. 313).

Antwort: Wir glauben, die Rechtslage anders beurteilen zu müssen. Allerdings kann nach der Entsch. des RVA. in ArbVers. 1915 S. 395 und des sächs. LVA. das. 1918 S. 313 die Weiterversicherung auch durch Zahlung der Beiträge durch einen Dritten, insbesondere also auch durch den Arbeitgeber, erfolgen, sofern die Zahlung in der Absicht der Weiterversicherung geschieht und dies dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Versicherten entspricht. Diese Wirkung kann nur dann eintreten, wenn die Zahlung in der im § 313 bestimmten Frist geleistet wird und folglich einer Anzeige der Weiterversicherung gleichsteht. Unter dieser Voraussetzung bewirkt die Zahlung die Weiterversicherung auch dann, wenn eigentlich die nach den Umständen unzulässige Fortsetzung der Pflichtmitgliedschaft beabsichtigt war (vgl. die erwähnte Entsch. in ArbVers. 1918 S. 313). Wenn aber das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis — wie hier durch Überschreiten der Versicherungsgrenze — beendet und deshalb eine Abmeldepflicht des Arbeitgebers nach § 317 und folglich auch eine Pflicht zur Fortzahlung der Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. begründet war, so konnte die Kasse, solange für sie nicht eine andere Absicht des zahlenden Arbeitgebers erkennbar war, die Beiträge nur als Pflichtbeiträge empfangen und verrechnen, so daß es an der rechtlichen Möglichkeit fehlt, die Beiträge als freiwillige Beiträge zum Zwecke der Weiterversicherung gelten zu lassen. Diese Auffassung liegt auch der von Ihnen angeführten Entsch. in ArbVers. 1917 S. 200 und ebenso einer Entsch. des RVA. v. 8. 1. 17 daselbst S. 327 zugrunde. Hiernach war im vorliegenden Falle die Kassenmitgliedschaft nicht aufrechterhalten und folglich ein Anspruch auf Familienwochenhilfe nicht begründet.

Anwendung der Mindestsätze der Geb. Ordg., wenn ein Mitglied von der Kasse Erstattung bezahlter Arztkosten fordert.

7. Nach Habelschwerdt. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse hielt sich besuchsweise in Berlin auf und ist dort von einer Fehlgeburt überrascht worden. Für ärztliche Bemühungen sind ihm 150 M in Rechnung gestellt und von dem Mitgliede bezahlt worden, nämlich für Nachtbesuch, Ausräumung eines Abortes und Verweilgebühr (2 Stunden). Das Mitglied verlangt Erstattung von unserer Kasse. Können wir die Erstattung auf die niedrigsten Sätze der Gebührenordnung beschränken?

Antwort: Ja! Das Reichsversicherungsamt hat in einer Entsch. v. 26. 11. 19 (die wir veröffentlichen werden, sobald sie im vollen Wortlaut vorliegt) angenommen, daß auch in Fällen dieser Art das Mitglied von der Kasse nicht mehr erstattet verlangen kann, als sie selbst hätte aufwenden müssen, wenn sie den Arzt unmittelbar beauftragt hätte, daß also die Mindestsätze der Gebührenordnung maßgebend sind.

Zuschläge zum Krankengelde stehen denjenigen nicht zu, die nur Anspruch auf die Regelleistungen haben.

8. Nach Mühlenbeck. Antwort: Dies folgt zweifelsfrei daraus, daß diese Zuschläge (§ 3 der Bek. v. 22. 11. 17, ArbVers. 1917 S. 817) nicht zu den im zweiten Buche der RVO. „vorgeschriebenen" Leistungen der Krankenkassen gehören (§ 179 RVO.; Hahn in Monatsschr. für Arb. u. Angest. Vers. 1918 Sp. 437 ff.).

Irrigator als Heilmittel?

9. Nach Storkow. Antwort: Ob ein Irrigator als „Heilmittel" im Sinne des § 182 Ziff. 1 RVO. von der Kasse zu gewähren ist, richtet sich nach den Umständen des Falles. Wir verweisen darüber auf unsere Auskunft 1919 S. 378 Ziff. 6. Auf die Frage, wie sich die Kassen gegen Ausbeutung schützen können, läßt sich nur antworten: es ist in jedem einzelnen Falle streng zu prüfen, ob das Mittel tatsächlich zur Heilung oder Milderung eines Leidens oder etwa nur zur Vorbeugung gegen einen Rückfall nach abgeschlossenem Heilverfahren dienen soll; im letzteren Falle braucht die Kasse das Mittel nicht zu gewähren. Auch ist zu beachten, daß die Kasse dem Versicherten den Irrigator nicht dauernd, sondern nur für die gesetz- oder satzungsmäßige Dauer der Krankenhilfe zu belassen braucht (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 5e zu § 182 RVO.).

Zur Krankenversicherungspflicht von Schiffern. — Regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst.

10. Nach St. Antwort: Über die Frage der Versicherungspflicht an sich haben wir uns bereits im Heft 7 von 1919 S. 140 ausgesprochen. Danach sind Schiffer (Schiffsführer, Kapitäne) jeder Art, ohne Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse, nur dann krankenversicherungspflichtig, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 5000 M nicht übersteigt. Der Bescheid des Versicherungsamts ist also begründet. Ein „regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst" von mehr als 5000 M ist aber bei einem Wochenlohn von 100 M auch dann anzunehmen, wenn es nicht sicher ist, daß der Schiffer den sich hiernach auf 5200 M im Jahre stellenden Lohnbetrag tatsächlich erreichen wird (zu vgl. ArbVers. 1919 Heft 17 S. 339 Ziff. 1). Das mag unter Umständen mit Recht als hart empfunden werden, ist aber nach Lage des Gesetzes nicht zu ändern.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1276 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 1. April 1920 | Heft 10

Die Krankenversicherung der Seeleute.

(Ein Beitrag zur Reform der RVO. und der Seemannsordnung.)

Von Otto Okraß in Geestemünde.

Mit dem verflossenen Jahre ist ein Abschnitt in der Geschichte der deutschen Sozialgesetzgebung abgeschlossen, der wie kein anderer ausgezeichnet ist durch eine Fülle von Gesetzen, Verordnungen und Bestimmungen, die er uns brachte. Die Menge dieser Neuerungen und Abänderungen hat eine derartige Unübersichtlichkeit der geltenden Vorschriften mit sich gebracht, daß eine durchgreifende Reform der gesamten Gesetze, insbesondere der RVO., immer mehr zu einer Notwendigkeit wurde. Dem dringenden Verlangen nach einer derartigen Durcharbeitung aller in Frage kommenden Gesetze hat nunmehr die Reichsregierung nachgegeben; eine umfassende Reform besonders der RVO. steht nahe bevor. Im folgenden soll die Aufmerksamkeit auf eine Frage gelenkt werden, die für die Krankenkassen der deutschen Küstenstädte zu einer drängenden geworden ist und bei der Umgestaltung des sozialen Rechts auf keinen Fall übergangen werden darf. Es handelt sich um die Krankenversicherung der Seeleute.

Diese Frage ist ebenso wichtig, wie die der Versicherung der übrigen arbeitenden Bevölkerung, denn die wenigen uns gebliebenen Reste der Handelsflotte können wir nur voll ausnutzen, wenn die Arbeitsfreudigkeit der Seeleute gehoben wird, daß sie sich eins wissen in ihrer rechtlichen Stellung mit den übrigen erwerbstätigen Volksgenossen. Die Unterstellung der Seeleute in bezug auf Krankenversicherung unter die RVO. würde gleichzeitig eine gewisse Schadloshaltung für die Beraubung der Erwerbsmöglichkeit (Auslieferung der Handelsflotte) darstellen. Anderseits erscheint aber gerade der gegenwärtige Augenblick besonders günstig für eine derartige Aufrollung dieser Angelegenheit, als sich die Reichsregierung nach spärlichen Pressemitteilungen auch mit einer Änderung der Seemannsordnung beschäftigt, die bei einer Regelung der Krankenversicherung der Seeleute unbedingt erforderlich ist (§ 59 bis 62).

Zur Erläuterung möge folgendes gesagt sein: Die Besatzung von Seefahrzeugen aller Art, die nach den Bestimmungen des Gesetzes vom $\frac{22.\ 6.\ 99}{29.\ 5.\ 01}$ betr. Führung der Reichsflagge unter die Seemannsordnung fallen, unterliegt der Krankenversicherung nicht (§§ 59 ff. der Seemannsordnung). Für kleinere Fahrzeuge, d. h. solche, die weniger als 300 cbm Raumgehalt haben, wurde dann Erleichterung geschaffen, in bezug auf die Anwendung der §§ 59 ff. der Seemannsordnung aber traf man keine Änderungen. (Vgl. die Bekanntmachung des Reichskanzlers betr. die Nichtanwendung von Bestimmungen der Seemannsordnung auf kleinere Fahrzeuge vom 16. 6. 03, Fischerei-Almanach 1904 S. 239.) Nach dem alten Recht hat man die Besatzung von Seeschiffen aus denselben Gründen von

der Krankenversicherung ausgeschlossen, die der Regierung beim Unfallversicherungsgesetz die Ausschließung haben rätlich erscheinen lassen. Die Motive des zweiten Unfallversicherungsgesetzes sagen darüber folgendes: Für die Seeschiffahrt kommt daneben (neben örtlichen Schwierigkeiten) in Betracht, daß das Handelsgesetzbuch eine Reihe von Bestimmungen über die Schiffsleute in gewissen Fällen teils vom Reeder, teils vom Schiffer zu gewährende Entschädigung erhält, und daß es nicht ratsam erscheint, in die auf dem Herkommen und den Eigentümlichkeiten des Schiffergewerbes beruhenden Bestimmungen dieses Gesetzes, durch welche die Verhältnisse der Schiffsmannschaft mehr nach Art eines Dienst- als eines Arbeitsvertrages geregelt worden sind, durch ein Spezialgesetz einzugreifen, welches auf die abweichenden Verhältnisse der Industrie berechnet ist. (Reichst.-Drucks. II. Sess. 1882 Nr. 19 S. 58, vgl. hierzu §§ 44 ff. der Seemannsordnung vom 2. 6. 02.) Die aufgeführten Gründe führten dann auch zur Schaffung eines Spezialgesetzes, des Seeunfall-Versicherungs-Gesetzes vom 13. 7. 87, das dann ohne nennenswerte Änderungen bei der Reform der sozialen Gesetzgebung in die RVO. (§§ 1046 ff.) übernommen wurde. (Vgl. die Begr. zum Entw. einer RVO. zu § 1071 ff. S. 347 ff.)

Wenn bei der Unfallversicherung der Gesetzgeber den Seeleuten einen besonderen Abschnitt der RVO. widmete, so hätte man logischerweise annehmen sollen, daß dies bei der Krankenversicherung auch der Fall gewesen wäre. Dem ist nicht so. Anstatt mit dem bisherigen Recht zu brechen und entweder eine Sonderkrankenversicherung der Seeleute zu schaffen, oder aber sie den Ortskrankenkassen zuzuweisen, überließ man die Fürsorge für den erkrankten Schiffsmann nach wie vor dem Reeder. Dabei hätte aber die Durchführung der Versicherung bei den Ortskrankenkassen kaum Schwierigkeiten gefunden, wie ich weiter unten noch darlegen werde. Sowohl die jetzige unzulängliche Regelung als auch die evtl. Schaffung eines Sondergesetzes wären überflüssig gewesen.

Am Text der Seemannsordnung ist seit der Zeit vom 23. 3. 03 nichts geändert worden. Die Bestimmungen der §§ 59 ff. der Seemannsordnung setzen an die Stelle der Krankenversicherung für den Seemann als subsidiäre Aushilfe den Reeder, weil eben die Versicherung dieser erwerbstätigen Klasse durch organisierte Kassen nicht gedeckt ist. Fiel das bei den guten wirtschaftlichen Verhältnissen vor dem Kriege nicht übermäßig drückend ins Gewicht, so macht sich jetzt die Unzulänglichkeit dieser Bestimmungen doppelt bitter bemerkbar. Nicht nur steht sich der Seemann in der Krankenversicherung bedeutend schlechter als Dienstboten, unständig und im Wandergewerbe Beschäftigte, sondern es ist ihm auch ganz unmöglich, beispielsweise Hilfeleistungen nach dem Gesetz betr. Wochenhilfe und -fürsorge vom 26. 9. 19 zu verlangen. Hier muß Wandel geschaffen werden.

Die gesamte Schiffahrt, sowohl an den Küsten als auch Übersee, stellt sich dar als ein kaufmännisches Transportgewerbe mit festem Betriebssitz (Heimatshafen des Schiffes oder der Reederei). Alle Schiffe kehren mit wenigen Ausnahmen regelmäßig zum Ausgangshafen zurück. Die Besatzung wird dort an- und abgemustert, entlohnt und anderes mehr. Die Durchführung der Krankenversicherung könnte sich also auf Grund dieser Vorbedingungen reibungslos vollziehen. Sie wäre viel leichter als zum Beispiel bei den Hausgewerbetreibenden, bei den unständig und im Wandergewerbe Beschäftigten. Es besteht ein fester Betriebssitz (die Reederei) und daneben als besondere Einrichtung noch die Seemannsämter, die die Formalitäten der An-, Ab- und sonstigen Meldungen übernehmen könnten. Noch zweckmäßiger hieße sich das Meldewesen gestalten, daß man es den Heuerbureaus überwiese, und nur im Falle der Nichtanmusterung durch ein Heuerbureau diese Pflichten dem Schiffsführer übertrüge, sofern man nicht die Seemannsämter damit belasten will. Die Besetzung der Seefahrzeuge aller Art werden mit wenigen Ausnahmen durch die von den Reedervereinen errichteten Heuerbureaus eingestellt. Diese

erledigen alle Formalitäten, wie sie die Seemannsordnung vorschreibt, mit den Seemannsämtern. Sie schließen den Arbeitsvertrag, zahlen die vereinbarte Heuer (Lohn) u. a. m. und stellen somit das Bindeglied zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber dar. Überwacht wird dieses Bindeglied vom Seemannsamt. Die Heuerbureaus würden demnach ohne jede Schwierigkeit alles das erledigen können, was sonst zu den Pflichten des Arbeitgebers (Reeders) gehört. Auch die Krankenkassen würden auf diese Weise eine Menge Arbeitskraft sparen, weil sie es dann nur mit einer ganz beschränkten Anzahl von Arbeitgebern zu tun hätten.

Schwieriger dagegen gestaltet sich die Krankenfürsorge der Kasse. Zu lösen sind insbesondere zwei Fragen: a) Krankheit mit verbundener Erwerbsunfähigkeit während der Reise; b) Erkrankung im Auslande.

Über die Ansprüche der Seeleute auf Verpflegung und Heilbehandlung aus §§ 59 bis 62 der Seemannsordnung hat Rat Dr. Olshausen in der ArbVers. 1903 S. 449 ff. die Rechtslage klargelegt, und es erübrigt sich deshalb, an dieser Stelle näher darauf einzugehen.

In der ersten Frage können Meinungsverschiedenheiten auftreten, wer die Erwerbsunfähigkeit eines erkrankten Schiffsmannes bescheinigt. Die zur Zeit in Frage kommenden Fahrzeuge haben keinen Arzt an Bord, nur die Ozeandampfer wie etwa des Norddeutschen Lloyd oder der Hapag machen eine Ausnahme. Da aber der Schiffsführer auch in der Gesundheitspflege*) soweit vorgebildet ist, daß er das Notdürftigste im Erkrankungsfalle eines Untergebenen ausführen kann, bis er den nächsten Hafen erreicht, und den Patienten in ärztliche Pflege gibt, wird man seitens der Kasse die Erwerbsunfähigkeitsbescheinigung des Schiffsführers anerkennen müssen. Ebenso müßte man die Bescheinigung eines ausländischen Arztes anerkennen, der nicht die Approbation des Deutschen Reiches besitzt. (Bei den Kriegsgefangenen ist dieses auch der Fall gewesen.)

*) § 8 der Bekanntm. v. 16.8.03 (RGBl. S. 247).

Etwas schwieriger gestaltet sich aber die zweite Frage nach einer andern Seite. Sofern ein Schiffsmann erkrankt, wird und muß der Kapitän das Bestreben haben, Ersatz zu schaffen. Er wird den Erkrankten, sobald es irgend geht, im nächsten Hafen an Land setzen und in ein Krankenhaus schaffen lassen, um einen Ersatzmann anzumustern. Im Inlande, wo die soziale Fürsorge gut ausgebaut ist, wird die Krankenhauseinweisung in keiner Weise auf Schwierigkeiten stoßen. Anders im Auslande. Wir haben dort keine Krankenhäuser wie in Deutschland. Diese befinden sich meistens im Privatbesitz. Solange der Reeder für die Kosten aufzukommen hatte, hatte der Kapitän, der auch die Interessen des Reeders zu vertreten hat, das Bestreben, den Patienten möglichst preiswert in einem Krankenhause unterzubringen. Dieses Interesse wird fortfallen, sofern eine öffentliche Kasse einzutreten hat. Der Kapitän wird eventuell unter Zuhilfenahme des Konsuls dafür sorgen, daß der erkrankte Schiffsmann untergebracht wird; sei es in einem Hospital, Klinik oder Privatkrankenhause. Der Kostenfrage der Unterbringung wird der Kapitän keine Aufmerksamkeit zuwenden, weil weder der Schiffer noch der Reeder dafür aufzukommen haben, sondern eine öffentliche Kasse. Es soll hiermit nicht gesagt werden, daß der Kapitän den Seemann, wenn die Krankenkasse als Zahlungspflichtige erscheint, in das schlechteste Krankenhaus unterbringen soll. Nein, der Seemann soll nicht schlechter, aber auch nicht besser gestellt sein auch in der Krankenhauspflege als ein Industriearbeiter in der Heimat. Abgesehen von dem heutigen Stande der Valuta, wird ein fremdländisches Krankenhaus ganz enorm hohe Preise nehmen, rechnet man dann den heutigen Stand unserer Mark im Auslande noch dazu, dann werden im Falle der Krankenhauspflege der Seeleute Beiträge erscheinen, die die Kassen im entferntesten nicht aufbringen können. Damit auch beim evtl. Ausdehnen der Krankenversicherungspflicht auf die Seeleute der Kapitän die Interessen der Krankenkasse genau so wahrnimmt wie die des Reeders, wird es sich

empfehlen, eine Bestimmung in die RVO. bzw. in die Seemannsordnung aufzunehmen, die besagt, daß in jedem Erkrankungsfalle im Auslande, sofern ein weiteres Anbordbleiben des Erkrankten nicht möglich erscheint, Krankenhauspflege zu gewähren ist. Der Kapitän als Geschäftsführer der Krankenkasse ohne Auftrag verpflichtet sich oder übernimmt die Verpflichtung des Reeders für die entstehenden Kosten für die Dauer der Krankheit, mindestens aber bis zum Ablauf der 26. Woche und begleicht auch im Ausland die Rechnung. Als Geschäftsführer ohne Auftrag reicht der Kapitän bzw. der Reeder die Rechnung über die Auslagen der Krankenkasse zur Rückerstattung ein. Um aber den Kapitän bzw. Reeder zur Wahrung der Interessen der Ortskrankenkasse anzuhalten, muß weiter gesetzlich festgelegt werden, daß die Krankenkasse aber nur den Betrag erstattet, den sie in einem heimischen Krankenhaus (Krankenhaus am Sitz der Kasse) für die gewöhnliche Pflegklasse hätte aufwenden müssen. Den Unterschied hat die Stelle (Reeder bzw. Schiffer, Kapitän) zu tragen, die bisher für sämtliche Kosten aufzukommen hatte. Dies wäre ein berechtigter Ausgleich. Allenfalls könnte auch das Reich mit einem Teil der Kosten belastet werden. Der Kapitän wird dann nach wie vor die Interessen der Zahlungspflichtigen wahrnehmen und nicht nur bestrebt sein, dem erkrankten Seemann ohne Rücksicht auf die entstehenden Kosten so schnell als möglich von Bord zu geben.

Bei Berücksichtigung alles „Für und Wider" dürfte die Krankenversicherung auf Grund der RVO. ohne große Schwierigkeiten auf die Besatzung von Schiffen aller Art ausgedehnt werden können.

Daß die Krankenversicherung der Seeleute durchzuführen ist, beweist die Erfahrung. Die von mir vertretene Kasse hat seit ihrem gesetzlichen Bestehen eine gut ausgebaute Familienversicherung. Werden die Schiffe unserer Hochseefischerei aus irgendeinem Grunde gezwungen, kürzere oder längere Zeit aufzulegen, dann entläßt der Reeder in den meisten Fällen die ganze Besatzung mit Ausnahme von ein oder zwei Mann. Abgemustert werden auch diese beiden Leute, weil sich das Schiff nicht mehr in Fahrt befindet. Sie verbleiben aber an Bord oder werden im Gewerbebetriebe des Reeders an Land weiter beschäftigt. In beiden Fällen müssen die Leute aber zur Krankenversicherung gemeldet werden; an Stelle der Seemannsordnung treten automatisch die Bestimmungen der RVO. Geht das Schiff wieder in See, so wiederholt sich der Wechsel wie skizziert in entgegengesetzter Richtung. Da die Leute, die vom Reeder nicht entlassen werden, in den meisten Fällen verheiratet sind, ist ihr Bestreben darauf gerichtet, in der Krankenkasse zu bleiben, deren Wert sie kennen und schätzen gelernt haben, schon allein wegen der Familienversicherung. Dieses Recht kann ihnen nicht genommen werden, weder nach dem alten noch nach dem neuen Gesetz. Sie scheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus und gehen zu einer Beschäftigung über, die nach der RVO. § 165 (dieses Gesetz kommt für die Krankenkasse allein in Frage) nicht der Krankenversicherung unterliegt (vgl. Hahn, Anm. 2 a und Hoffmann, Anm. 6 zu § 313); das Eintreten des Reeders ist nach §§ 59 bis 62 der Seemannsordnung, wie schon gesagt, eine subsidiäre Einrichtung analog der Gemeinde-Krankenversicherung des alten Rechts. Infolgedessen steht der Weiterversicherung nicht nur nichts im Wege, sondern es ist auch den Krankenkassen keine Handhabe gegeben, sie abzulehnen, weil der Reeder, wie früher die Gemeindekrankenversicherung (§ 4 KrVersGes.) keine Kasse im Sinne des alten Rechts war. Wer auf Grund seiner neuen Beschäftigung in die Gemeindekrankenversicherung (hier der Reeder) fallen würde, darf die Beteiligung an der Ortskrankenkasse seiner bisherigen Beschäftigung fortsetzen. (v. Woedtke, KrVersGes. 4. Aufl., Anm. 3 zu § 27 S. 244; v. Schicker, Anm. 2 b S. 158; Entsch. des Landgerichts, Strafkammer 1, Hamburg vom 21. 1. 86 bei Petersen u. Philippsen S. 22; Braunschw. VerwGerHof. vom 31. 10. 01 in ArbVers. 1901 S. 694; zu vgl. auch die Entsch. des Landger. Lübeck vom

29. 10. 89 in ArbVers. 1889 S. 565 und des Bayr.VerwGerHofs. vom 7. 1. 95, Entsch. Bd. 16 S. 128).

Umgekehrt liegen dieselben Verhältnisse beim gewerblichen Arbeiter des Reeders. Das Schiff*) soll den Hafen verlassen. Der Netzmacher, Heizer oder sonst ein Schiffsmann kann aus irgendeinem Grunde die Reise nicht mitmachen. Damit keine Störung im Betriebe eintritt und der Reeder vor größeren Verlusten bewahrt bleibt, erklärt sich eine geeignete Kraft des Betriebes der Reederei am Lande bereit, die Reise mitzumachen. Er wird sofort angemustert und die Bestimmungen der Seemannsordnung treten an Stelle der RVO.

Zu erwägen bleibt noch die Frage, ob das Krankengeld auf die Heuer anzurechnen ist. Wie schon in den Motiven zum alten Unfallversicherungsgesetz gesagt ist, werden die Verhältnisse des Schiffsmannes mehr nach einem Dienst — als einem Arbeitsvertrage geregelt. Sie stehen in einem ähnlichen Verhältnis wie ein Dienstbote zum Dienstberechtigten bzw. wie ein Handlungs- oder Apothekergehilfe zu seinem Prinzipal, sofern der Handlungs- oder Apothekergehilfe neben Gehalt volle Wohnung und Beköstigung erhält. Um im Falle der Erwerbsunfähigkeit des Seemannes einen Ausgleich für gewährte Beköstigung zu schaffen, muß der Reeder für die Dauer der Pflege an Bord berechtigt sein, das Krankengeld auf die Heuer anzurechnen. Sonderbestimmungen, analog der Bestimmungen in §§ 435 ff. der RVO., sind auch hier am Platze. — Von den Seeleuten wird dringend eine Krankenversicherung angestrebt, das beweist ein neuerlicher Antrag, der aus den Kreisen der Schiffsoffiziere bei den Ortskrankenkassen und Magistraten der Unterweserorte einging. Aber auch die Reeder stehen einem derartigen Verlangen vielfach nicht ablehnend gegenüber, vielmehr ist von dieser Seite des öfteren bereits der Antrag gestellt, die Schiffsbesatzungen in den Ortskrankenkassen zu versichern.

Zum Schluß möchte ich noch hinweisen auf einen Übelstand, der durch die Krankenversicherung der Seeleute mit einem Schlage behoben würde. Es handelt sich um die Wochenhilfe. Bis jetzt ist die seefahrende Bevölkerung von den Segnungen dieses Gesetzes vollständig ausgeschlossen, es sei denn, daß sie in die Kategorie der Minderbemittelten fiele, was höchst selten der Fall ist. Eine genaue Überprüfung aller dargelegten Verhältnisse muß bei der Reform der RVO. und der Seemannsordnung eine Selbstverständlichkeit werden. Es ist deshalb dringend geboten, bis zur endgültigen Reform der RVO. und der Seemannsordnung auf dem Wege der Verordnung das Gesetz vom 26. 9. 19 auch auf die Seeleute auszudehnen. So wie bei der Kriegswochenhilfe wäre hier die Seeberufsgenossenschaft mit der Hälfte der Kosten, die nicht vom Reich getragen wird, zu belasten, und die Ausführung den Allgemeinen Ortskrankenkassen zu übertragen.

*) Gemeint sind hier insbesondere die Schiffe der Geestemünder Hochseefischerei.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Anspruch eines Anwalts auf Gebühren für Vertretung seiner eigenen Sache vor den Versicherungsbehörden.

Vorentscheidung des Vorsitzenden des **Versicherungsamts München** v. 28. 11. 19 (24 752 K.)

Der nunmehrige Rechtsanwalt Dr. Sch. war als Rechtspraktikant und Kriegsaushilfe beim Stadtmagistrat beschäftigt. Über seine Versicherungspflicht bei der Allg. Ortskrankenkasse schwebte ein Streitverfahren, in dessen Verlauf durch Vorentscheidung des Versicherungsamts seine Versicherungspflicht ausgesprochen wurde. Dr. Sch. beantragte mündliche Verhandlung, zu der es jedoch nicht mehr kam, da die Krankenkasse auf Grund einer anderweitigen Entscheidung seine Versicherungsfreiheit anerkannte. Da Dr. Sch. im Streitverfahren verschiedene Schriftsätze eingereicht hatte, beantragte er für seine Bemühungen Kostenersatz in Höhe von 10 M, deren Begleichung die Krankenkasse ablehnte.

Das von Dr. Sch. angerufene Versicherungsamt sprach ihm einen Kostenbetrag von 3 M zu aus folgenden Gründen:

Zur Entscheidung über den Streitfall ist das Städt. Versicherungsamt gemäß § 1783 mit 405 RVO. zuständig. Denn die Entscheidung über den Kostenpunkt hat in demselben Verfahren zu ergehen, in welchem der Anspruch in der Hauptsache zu ergehen hat. Dies ist aber im vorliegenden Fall das Beschlußverfahren. Die Zuständigkeit des Vorsitzenden zum Erlaß einer Vorentscheidung ergibt sich aus § 60 der Kaiserl. Verordnung vom 24. Dezember 1911 über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter in Verbindung mit § 1657 RVO.

Die rechtliche Würdigung der Sachlage ergibt folgendes:

Strittig ist die Frage, ob die Verordnung vom 24. 12. 1911 über die Gebühren der Rechtsanwälte im Verfahren vor den Versicherungsbehörden (RGBl. S. 1094) ein in sich abgeschlossenes Ganzes bildet oder ob bei ihrer Anwendung die allgemeinen Vorschriften der übrigen Gebührenordnungen, namentlich der Reichsgebührenordnung für Rechtsanwälte sinngemäß heranzuziehen sind. Das Versicherungsamt hat die letztere Frage bejaht. Es ist der Anschauung, daß die Reichsversicherungsgebührenordnung sich lediglich auf die Festsetzung der reinen Gebühren bezieht, daß aber im übrigen für sie genau so wie für andere Gebührenordnungen die allgemeinen Grundsätze für das Recht auf Gebührenberechnung gelten. Danach trägt es kein Bedenken, den § 7 der Reichsgebührenordnung für Rechtsanwälte zur Anwendung zu bringen.

§ 7 bestimmt, daß bei dem Betrieb eigener Angelegenheiten der Rechtsanwalt von dem zur Erstattung der Kosten des Verfahrens verpflichteten Gegner Gebühren und Auslagen bis zu dem Betrage fordern kann, bis zu welchem er Gebühren und Auslagen eines bevollmächtigten Rechtsanwalts erstattet verlangen könnte. Rechtsanwalt Dr. Sch. ist daher berechtigt, Gebühren für die Tätigkeiten zu fordern, die er in seiner Eigenschaft als Rechtsanwalt ausgeübt hat. Da er nach Mitteilung der Anwaltskammer erst seit 21. Mai 1919 zur Anwaltschaft zugelassen ist, hat er aber vor diesem Tage nicht als Anwalt tätig werden können. Alle vor diesem Tage liegenden Schriftsätze und ihre Vorbereitung hat er nicht als Anwalt, sondern in eigener Sache geführt. In die Zeit nach seiner Zulassung zur Rechtsanwaltschaft fällt lediglich der Schriftsatz, mit welchem Antrag auf mündliche Verhandlung gegen die Vorentscheidung des Städt. Versicherungsamts gestellt wurde, und der Schriftsatz, in welchem er neuerdings die Gründe für die Gebührenberechnung für seine vor dem 21. Mai 1919 liegenden Bemühungen aufstellt. Die Vergütung für die demnach unter die Gebührenberechnung fallenden Tätigkeiten erachtet das Versicherungsamt aber mit dem Mindestsatz von 3 M als hinreichend ausgeglichen.

Selbständige Handwerker (Korbmacher) die sich zu einer Produktivgenossenschaft zusammenschließen, werden dadurch nicht versicherungspflichtige Arbeitnehmer der Genossenschaft.

Entscheidungen: a) des **Gemeinschaftlichen Oberversicherungsamts Gotha** vom 26. April 1919 (I. 10/16), b) des **Reichsversicherungsamts** vom 27. Januar 1920 (I. 10/339).

a)

Der Korbmacherverein T., eingetr. Genossensch. mit beschr. Haftpflicht, beschäftigt keine fremden Arbeiter, sondern nur Mitglieder des Vereins. Diese haben sich nach dem Vereinsvertrag zu dem Verein zusammengeschlossen zur Herausbildung dauerhafter Grundbedingungen für Arbeit und Erwerb in ihrem Berufe als Korbmacher unter Ansammlung von Betriebsmitteln, insbesondere aber zur gemeinschaftlichen Anschaffung von Rohstoffen oder Arbeitsmitteln und zum gemeinschaftlichen Verkauf ihrer Erzeugnisse. Die Herstellung einschlägiger Arbeiten für gemeinsame Rechnung, gemeinschaftliche Versicherung und dergleichen mehr kann hinzugenommen werden. Jeder der Mitglieder darf höchstens drei Geschäftsanteile in Höhe von je 100 M besitzen, die mit 4 v. H. verzinst werden und nach denen die Beteiligung am Gewinn und Verlust sich richtet. — Die Norddeutsche Holz-Berufsgenossenschaft hat den Korbmacherverein als Mitglied in ihr Betriebsverzeichnis aufgenommen. Auf seine Beschwerde hat das Oberversicherungsamt die Unfallversicherungspflicht des Betriebes des Vereins verneint aus folgenden Gründen:

Die Berufsgenossenschaft hält den Betrieb des Korbmachervereins nach § 538 Ziffer 1 und 4 der RVO. für versicherungspflichtig, weil in ihm durchschnittlich mehr als 10 Personen tätig seien und Massenanfertigung gleichartiger Waren zum Massenabsatz an einen einzigen Abnehmer — die Heeresverwaltung — stattfinden, und weil die Mitglieder des Vereins die Stellung eines Arbeiters in dem Unternehmen ausfüllen bzw. die Verpflichtung eines Arbeiters berufsmäßig ausführen.

Das Oberversicherungsamt kann dieser Auffassung nicht beitreten. Die Genossen sind zwar dem Zwecke des Vereins entsprechend in gewisser Hinsicht, z. B. durch die Bestimmung des Tages der Ablieferung, die Einhaltung einer Höchstlieferungsmenge im Falle des § 54 und die Kritik der Ware durch die Kassierer, persönlich und wirtschaftlich beschränkt. Im allgemeinen weisen aber alle Umstände darauf hin, daß sie im Verhältnis zum Verein selbständige Unternehmer sind. Sie sind an keine Arbeitszeit gebunden, können ihre Tätigkeit als Korbmacher im Hauptberufe oder Nebenberufe ausüben, können, abgesehen von der ihnen im Falle des § 54 gesetzten Höchstmenge und vom Falle des § 53, abliefern so viel und so wenig sie wollen, sie stellen Lehrlinge und Gehilfen ein, deren Arbeitgeber sie sind und die sie entlohnen und nicht die Genossenschaft, können in der eigenen Häuslichkeit arbeiten oder auch in den Räumen der Genossenschaft, und tragen vor allem

die Gefahr für einen Ausfall beim Absatz ihrer Ware, arbeiten also im wesentlichen auf eigene Rechnung und Gefahr. An dieser Selbständigkeit ändert auch der Umstand nichts, daß sie zu Zeiten, wie z. B. im Kriege, zur gemeinsamen Herstellung von Geschoßkörben in Räumen, die der Verein zur Verfügung stellt, arbeiten. Die gemeinsame Ausführung dieser Arbeiten in den Räumen des Vereins geschieht nur zu dem Zwecke, eine möglichst gleichmäßige Ware herzustellen, das Material zu schonen, besser zu verteilen und besser auszunutzen. Die Genossen könnten ebensogut die Arbeiten in ihrer Häuslichkeit verrichten. Sie sind auch in den Räumen des Vereins in keiner Weise an eine Arbeitszeit gebunden und unterliegen auch hier keiner besonderen Aufsicht über die Arbeit. Die Ware wird nur bei Ablieferung kritisiert, in gleicher Weise, wie wenn sie in der Häuslichkeit der Genossen hergestellt ist. Auch der Umstand, daß das Material zu den Geschoßkörben von dem Auftraggeber, der Heeresverwaltung, geliefert wird, und daß die Heeresverwaltung der einzige Abnehmer ist, ändert nichts an dem beschriebenen Verhältnis der Genossen als selbständiger Unternehmer zum Verein. In der Regel können sich die Genossen das Material beschaffen, woher sie wollen, wie denn auch einige, die selbst Weiden ziehen, ihr eigenes Material verarbeiten und den Überfluß an die Genossenschaft verkaufen.

Die Verhältnisse liegen im vorliegenden Falle ähnlich denen, die das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung Nr. 1037 vom 18. Oktober 1902, Amtl. Nachr. 1903 S. 362, die Arbeitereigenschaft von Genossen einer Palmkorbarbeitergenossenschaft verneinen ließen. Sie liegen hier für den Beschwerdeführer sogar noch günstiger, denn abgesehen von den von der Genossenschaft gestellten Arbeitsräumen, fehlt hier die Reihe von Umständen, die dort für die Annahme der Arbeitereigenschaft der Genossen sprechen.

b)

Das Reichsversicherungsamt hat nach Prüfung des Sachverhalts keinen Anlaß gefunden, von der Entscheidung des Oberversicherungsamts abzuweichen, da diese die Sach- und Rechtslage zutreffend würdigt. Durch die Ausführungen der Berufsgenossenschaft in dem weiteren Verfahren sind die Gründe der angefochtenen Entscheidung nicht widerlegt worden. Auch das Reichsversicherungsamt hält den Betrieb des Korbmachervereins T. nicht für versicherungspflichtig, da in ihm versicherte Personen nicht beschäftigt sind. Die Mitglieder des Vereins stehen zu dem Verein, wie in den Gründen der Vorentscheidung zutreffend ausgeführt ist, nicht im Verhältnis eines Arbeitnehmers zum Arbeitgeber. Sonstige Personen sind für den Verein als solchen nicht tätig gewesen. Auch der kaufmännisch tätige geschäftsführende Kassierer — Kasseführer und Abfertiger des gemeinsamen Vorstandes — ist nicht als eine für den Betrieb, des Vereins beschäftigte versicherte Person anzusehen. Er ist als selbständiger Unternehmer Mitglied des Vereins. Allerdings bezieht er für die Tätigkeit als Kassierer und Abfertiger eine nach Stückeinheiten bemessene Vergütung; seiner ganzen wirtschaftlichen Stellung nach kann er aber nicht als Arbeiter des Vereins gelten (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. I S. 50 Anm. 3 Abs. 3 zu § 1 GewUnfVersGes.).

Keine Verlängerung von Rechtsmittelfristen oder Unterbrechung des Verfahrens vor Versicherungsbehörden zugunsten der Kriegsteilnehmer.

Rev. Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** v. 24. Januar 1919 (Mitt. 1919 S. 93 Z. 174).

Das Rechtsmittel ist als verspätet zu verwerfen. Die Frist für die Anfechtung des Berufungsurteils ist mit dem 8. August 1914 abgelaufen (§ 128 RVO.), da Rechtsmittel binnen einem Monat nach der Zustellung der anzufechtenden Entscheidung einzulegen sind. Diese Vorschrift ist auch im gegenwärtigen Fall anzuwenden, da insbesondere durch die Kriegsgesetzgebung die Rechtsmittelfristen nicht verlängert worden sind oder, etwa wie für die bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten, eine Unterbrechung des Verfahrens in Versicherungssachen vorgesehen worden ist (vgl. das Gesetz über den Schutz der infolge des Krieges an Wahrnehmung ihrer Rechte behinderten Personen, vom 4. August 1914, RGBl. S. 328). Da nach Ablauf von zwei Jahren, vom Ende der versäumten Frist an gerechnet, auch eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nicht mehr beantragt werden kann (§ 132 Abs. 3 RVO.), so kann auf die Frage, ob etwa der Revisionskläger durch unabwendbaren Zufall gehindert wurde, das Rechtsmittel rechtzeitig einzulegen, nicht eingegangen werden.

B. Zur Krankenversicherung.

Alternativklage. — Kein Recht der Unternehmer aus § 902 RVO. Ansprüche des Verletzten aus der Krankenversicherung feststellen zu lassen.

Grunds. Rev. Entsch. des bayer. Landesversicherungsamts v. 8. Juli 1918 (169 Mitt. 1919 S. 69).

1. Mit Unrecht wird in der Revisionsschrift darüber Beschwerde geführt, daß das Oberversicherungsamt dem Antrag, die Sache an das Reichsversicherungsamt abzugeben, nicht entsprochen habe. Hierzu bestand keine rechtliche Möglichkeit, denn dem Oberversicherungsamt steht nach § 1693 RVO. die Abgabebefugnis nur zu in einem Falle, in dem die Revision ausgeschlossen ist. Dies ist hier nicht der Fall. Die Revision ist vielmehr nach §§ 1694, 1695 Nr. 2 RVO. zulässig, da ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung erhoben und da nicht festgestellt ist, daß A. nicht oder weniger als acht Wochen arbeitsunfähig war. Die Revision könnte aber auch nach der hier geltend gemachten Begründung keinen Erfolg haben, wenn sie nach den Vorschriften des § 1695 unstatthaft wäre (Amtl. Nachr. 1913 S. 410 Z. 1684).

2. Die Klage ist gegen zwei Verklagte — die Krankenkasse oder die Gemeinde — gerichtet, die Leistung wird aber nur von dem einen Teile begehrt, die Bestimmung des zu der beanspruchten Leistung Verpflichteten ist den Spruchbehörden überlassen. Ob die Klage in dieser wahlweisen Form erhoben werden darf, braucht nicht eingehender untersucht zu werden, weil sie gegen keine der verklagten Parteien zulässig ist. Bemerkt darf aber hier werden, daß die Zulässigkeit der wahlweisen Klagestellung nicht nur mit prozessualen Grundsätzen vereinbar ist (Amtl. Nachr. 1919 S. 357 Z. 2533)*), sondern auch vom Standpunkt der Arbeiterversicherung zugelassen werden sollte, und zwar nach dem Grundsatz, daß die rechtskundigen Behörden sich nicht darauf beschränken dürfen, den strittigen Rechtsanspruch, wie er erhoben ist, zu bescheiden, sondern auch verpflichtet sind, die rechtsunkundige Partei sachgemäß zu beraten und ihr den Weg zu zeigen, wie der Anspruch verwirklicht werden kann. Diese Hilfe darf aber nicht erst nach einem vergeblichen Versuch der Klagestellung einsetzen. Zu der hier vertretenen Ansicht führt auch weiterhin der Grundsatz, der das öffentliche Versicherungsrecht beherrscht, daß nämlich nicht sowohl das Parteivorbringen maßgebend ist, als vielmehr die Sache untersucht, die tatsächliche Wahrheit, und zwar von Amts wegen erforscht werden muß: Hierzu gehört auch die Ausmittelung des richtigen Verklagten, und zwar zur Zeit der Geltendmachung der Klage (vgl. auch Blätter für adm. Praxis Bd. 59 S. 193, insbesondere S. 348 ff.).

3. Der Senat hält an der in seinem Urteile vom 8. Juni 1918 — Mitt. 1919 S. 3 Z. 161 — ausgesprochenen grundsätzlichen Ansicht fest, daß die Vorschrift in § 902 (1042) RVO. dem Unternehmer nicht die Befugnis verleiht, den Anspruch des verletzten Arbeiters auf Krankenhilfe geltend zu machen, sondern daß die Feststellungsklage nach § 902 nur den Ersatz des Schadens umfaßt, der nach den Bestimmungen des dritten Buchs der Reichsversicherungsordnung — §§ 555, 930 — durch Körperverletzung oder Tötung eines Versicherten entsteht und Gegenstand der Unfallversicherung ist. Hierauf weist namentlich die Begr. zu § 900 des Entw. der RVO. (§ 902 des Gesetzes) hin, denn dort ist ausdrücklich ausgesprochen, daß durch die vorgeschlagene Bestimmung den Unternehmern die Befugnis eingeräumt werden soll, bei Unfällen die Einleitung des Verfahrens vor den Instanzen der Unfallversicherung zu betreiben und an Stelle des Verletzten auch Rechtsmittel einzulegen, damit nicht dem Verletzten freistehe, die Beantragung des Verfahrens vor diesen Instanzen oder die Einlegung eines Rechtsmittels gegen die von der unteren Instanz getroffene Entscheidung zum Nachteil des Unternehmers zu unterlassen und gegen ihn Anspruch auf Schadenersatz vor den ordentlichen Gerichten zu erheben, wenn es für ihn vorteilhaft ist. Eine weitergehende Ermächtigung des Unternehmers, für den verletzten Arbeiter auch die Leistungen der Krankenhilfe geltend machen zu dürfen, ist in § 902 nicht enthalten; der Gesetzgeber wollte sie dem Unternehmer auch nicht verleihen, wie die Begründung der Vorschrift zeigt; denn darin ist nur von der Betreibung des Verfahrens vor den Instanzen der Unfallversicherung die Rede.

Die Auslegung, die dem § 902 in der Revisionsschrift gegeben wird, verträgt sich auch nicht mit dem Standpunkt, den der Gesetzgeber anderwärts in der Reichsversicherungsordnung eingenommen hat. Grundsätzlich soll hiernach der Berechtigte über seine Ansprüche aus der Reichsversicherungsordnung allein verfügen und sie nur selbst erheben können; nur ausnahmsweise ist die Übertragung der Ansprüche statthaft (§ 119 RVO.). Derselbe Gedanke ergibt sich aus § 1509 und dessen mehrfacher gleichmäßiger Anwendung (vgl. die §§ 1523, 1538 und 1541 a. a. O.). Dieser Auffassung entsprechend enthält sonach § 902 RVO. eine Ausnahmebestimmung. Solche Bestimmungen müssen nach allgemein anerkannter Rechtsregel eng und dürfen nicht erweiternd ausgelegt werden. Die Auslegung der Revision steht damit in offenem Widerspruch. Wird sie zugelassen, dann würde die Befugnis des selbständigen Vorgehens von Seite des Unternehmers ein-

*) ArbVers. 1919 Heft 25 S. 488; auch Kobler das. S. 481.

schließlich der ihm nach § 899 a. a. O. Gleichgestellten, also seiner Bevollmächtigten oder Repräsentanten sowie seiner Betriebs- und Arbeitsaufseher, sich nicht nur auf die Ansprüche aus der Unfallversicherung, sondern selbstverständlich neben den Ansprüchen aus der Krankenversicherung auch auf die Forderungen aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung erstrecken. Dieses Ergebnis widerspricht aber in einem solchen Maße der sonstigen Regelung dieser Frage, daß der Gesetzgeber eine derartige Absicht sicher deutlich ausgedrückt hätte. Auch wäre bei Zugrundelegung der klägerischen Auffassung die gleichzeitige beschränktere Bestimmung für ein selbständiges Vorgehen des Betriebsunternehmers in § 1541 (1538) RVO. — für das in Bayern mangels einer gesetzlichen Vorschrift überhaupt keine Unterlage gegeben ist — unverständlich.

Die in der Begründung der Revision beantragte Verweisung der Sache an den Großen Senat des Reichsversicherungsamts nach § 1717 Abs. 1, § 1718 Abs. 1 RVO. ist nicht geboten, weil der Senat in der vorliegenden grundsätzlichen Rechtsfrage weder in dem früheren Urteile vom 8. Juni 1918 von der Rekursentsch. des RVA. Z. 2729 (Amtl. Nachr. 1914 S. 624) abgewichen ist, noch jetzt von ihr abweichen will. Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts, die in einer Unfallsstreitigkeit ergangen ist, hat nicht den ihr von der Revision beigelegten Sinn. Darin ist nicht entschieden, daß unter Entschädigung im Sinne des § 902 RVO. jede Leistung zu verstehen ist, auf die der Verletzte nach der Reichsversicherungsordnung aus Anlaß eines mit Krankheitsfolgen verbundenen Unfalls ein Recht hat. Das Reichsversicherungsamt spricht vielmehr nur aus, daß die Vorschrift des § 902 den Unternehmer ermächtige, das Verfahren wegen eines Unfalls statt des Berechtigten zu betreiben, wenn eine Entschädigung „nach diesem Gesetz (d. h. der RVO.)" in Frage stehe, nicht aber in dem Falle, wenn über den Anspruch des Verletzten bereits vor dem 1. Januar 1913, also nach dem alten Recht, rechtskräftig entschieden ist. In dieser Bemerkung wird also nur die Entschädigung nach dem alten Recht in Gegensatz zu der Entschädigung nach der Reichsversicherungsordnung gebracht, aber die Bedeutung des Begriffs „Entschädigung" nicht näher dargelegt. Eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts über die strittige Frage liegt bis jetzt nicht vor.

Mit Unrecht beruft sich die Revision für ihre Ansicht schließlich auf die Vorschrift des § 901 RVO. Diese Bestimmung will einander widersprechenden Entscheidungen der Instanzen der Unfallversicherung und der ordentlichen Gerichte vorbeugen; deshalb wird vorgeschrieben, daß das ordentliche Gericht an die Entscheidung gebunden ist, die in einem Verfahren nach der RVO. darüber ergeht, ob ein entschädigungspflichtiger Unfall vorliegt, und daß es daher sein Verfahren so lange auszusetzen hat, bis die Entscheidung hierüber ergangen ist. Wenn aber eine Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft mangels Vorliegens von Unfallfolgen (§ 558 RVO.) nicht in Frage steht, und der Unternehmer darum die Feststellung, ob ein Betriebsunfall vorliegt, nicht betreiben kann, so ist die Gefahr, die durch § 901 verhütet werden soll, nicht gegeben und ist das ordentliche Gericht an der selbständigen Prüfung und Entscheidung der Frage, ob ein Betriebsunfall vorliege, nicht gehindert (vgl. Amtl. Nachr. 1917 S. 527 Z. 2962). Für die Entscheidung der Instanzen der Krankenversicherung, die von dem Kläger angerufen sind, hat § 901 überhaupt keine Geltung. Würde in einem solchen Verfahren das Vorliegen eines Betriebsunfalls festgestellt, so würde hierdurch der Unternehmer nicht vor Ersatzforderungen geschützt sein, die der Verletzte gegen ihn bei dem ordentlichen Gericht erhebt.

Ersatzansprüche aus dem Sterbegeld; Verhältnis der §§ 203, 223 zu §§ 1533, 1593 RVO.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 16. Oktober 1919 (E. A. 2661. 19. VII).

Die angefochtene Vorentscheidung konnte nur aus den darin dargelegten Gründen bestätigt werden. Wie darin zutreffend ausgeführt wird, stellt sich der erhobene Anspruch als ein Erstattungsanspruch im Sinne des 5. Buches der RVO. dar. Dort bestimmt § 1533, was zu ersetzen ist, und benennt unter Ziff. 1 die Begräbniskosten, die bei Tod des Versicherten gewährt worden sind. Der § 1539 setzt die Frist für die Geltendmachung aller Ersatzansprüche unter ausdrücklichem Hinweis auf die eben angeführte Gesetzesstelle auf sechs Monate fest. Die Beziehungen der Versicherungsträger untereinander, einschließlich der ihnen gleichstehenden Verbände des öffentlichen Rechts, soweit die Beziehungen überhaupt in der RVO. und nicht in einer anderen Rechtsnorm behandelt sind, haben im 5. Buch des Gesetzes ihre erschöpfende Regelung gefunden. Es bleibt daher für die Anwendung anderer Vorschriften aus der RVO., insbesondere also auch des § 203 im 2. Buche des Gesetzes, kein Raum. Umgekehrt kommt der § 203 lediglich solchen Personen zugute, deren Ansprüche nicht unter das 5. Buch fallen. Er betrifft also vornehmlich die Verwandten des verstorbenen Versicherten oder wer sonst die Beerdigung besorgt hat. Bei dieser Unterscheidung der Kategorien von Klageberechtigten findet auch die verschiedene Bemessung der Klagefristen ihre natürliche Erklärung. Während bei den Berechtigten des 5. Buches (Versicherungsträger, Gemeinden, Armenverbände) wegen ihrer verwaltungstechnischen Organisation eine Frist von sechs Monaten vollkommen

ausreicht, wird den aus dem 2. Buche Berechtigten, welche den in Betracht kommenden Rechtsverhältnissen meist fremd gegenüberstehen, eine wesentlich längere Frist eingeräumt. Der Gesetzgeber hat sie deshalb auf zwei Jahre bemessen.

Laut Schriftsatz vom 26. April und 26. Mai 1919 will der Kläger die Ersatzansprüche verschieden behandelt wissen, je nachdem die A. die Beerdigung selbst besorgt oder aber nur die Beerdigungskosten gewährt hat, das Begräbnis also von einem Dritten bewirkt worden ist. Im ersten Falle folgert er aus den §§ 203, 223 eine Frist von zwei Jahren, im letzteren Falle, bei der bloßen Kostengewährung, begnügt er sich nach § 1539 mit einer solchen von sechs Monaten. Eine derartige Unterscheidung geht fehl. Sie steht im Widerspruch mit der Bedeutung des 5. Buches der RVO. als der ausschließlichen Rechtsquelle für Erstattungsansprüche öffentlicher Verbände; sie ist aber vor allem im Hinblick auf das Ergebnis abzulehnen, zu dem die Fortführung dieses Gedankens hinleitet. Ist es an sich schon schwer ersichtlich, was die A. überhaupt veranlassen könnte, einem Dritten, der die Beerdigung besorgt hat, auf Grund der RVO. seine Aufwendungen für das Begräbnis zu vergüten, anstatt ihn unmittelbar an die Krankenkasse zu verweisen, wo er aus eigenem Recht (§ 203) seine Ansprüche verfolgen kann, so müßten doch zum mindesten folgerichtig die Fristen gerade umgekehrt verteilt sein. Hat die A. das Begräbnis selbst besorgt, so ist ihr das Bestehen des Anspruchs von vornherein klar. Eine Zeitspanne von sechs Monaten erscheint daher für seine rechtliche Geltendmachung ausreichend. Aber gerade hier begehrt der Kläger eine Frist von zwei Jahren. Anderseits sind sechs Monate zu kurz, wenn nicht die A., sondern ein anderer die Beerdigung besorgt hat. Denn hier steht diesem andern, wie nicht zu bestreiten ist, nach § 223 eine Frist von zwei Jahren offen. Meldet der andere nun seine Auslagen beispielsweise nach sieben Monaten bei der A. an und erhält von ihr Bezahlung, so müßte die A. mit ihrem Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse abgewiesen werden; denn nach ihrem eigenen Vorschlag beschränkt sich in diesem Falle die Frist auf sechs Monate. Man hätte also den seltenen Fall, daß der unmittelbar Berechtigte zwei Jahre Zeit hat, während die A., die erst von diesem ihren Anspruch ableitet, auf ein Viertel dieser Frist angewiesen ist. Zwar kann der gleiche Fall eintreten, wenn der Erstattungsanspruch nach dem 5. Buch unterschiedslos an die sechsmonatige Frist gebunden ist. Es macht aber einen Unterschied, ob eine Gesetzesbestimmung letzten Endes bei Anwendung auf einen seltenen Tatbestand zu Härten führen kann, oder ob der Gesetzgeber solche Härten bewußt durch Umkehrung der Folgerichtigkeit von vornherein beabsichtigt hat. Der Fall lehrt überdies, daß die A. nicht daran denken wird, Begräbniskosten zu gewähren, wenn sie die Beerdigung nicht selbst besorgt hat; er zeigt weiter, daß § 1533 Ziff. 1 in erster Linie nur den Regelfall, den der eigenen Begräbnisbesorgung, im Auge haben kann. Denn hätte die Regel von der Gesetzesbestimmung nicht gedeckt werden sollen, so hätte sie durch entsprechende Fassung des Wortlautes ausdrücklich ausgenommen werden müssen; das ist aber nicht geschehen. Hiernach ist der Ersatzanspruch wegen Verspätung unbegründet; die Berufung unterlag demgemäß der Abweisung.

Anmerkung: Die Entscheidung ist im Ergebnis zweifelsfrei. Bedenklich ist nur die Begründung insofern, als sie die von Amts wegen zu beachtende Ausschlußfrist des § 1539 RVO. auf gleiche Stufe stellt mit der ihrem Wesen nach verschiedenen, nur auf Einrede zu berücksichtigenden Verjährungsfrist des § 223. Ein rechtzeitig in der Frist des § 1539 bei dem Versicherungsträger geltend gemachter, d. h. angemeldeter und dadurch vor dem endgültigen Ausschluß bewahrter Anspruch aus § 1533 kann immer noch der Verjährung aus § 223 unterliegen, wenn er nicht in der Verjährungsfrist im Spruchverfahren nach § 1540 vor der Versicherungsbehörde anhängig gemacht wird (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2b zu § 223, und Lehmann, Komm. zum 5. Buche der RVO. Vorbem. III vor § 1501, Anm. 5 zu § 1546).

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Waisenrente einer unehelichen Waise fällt im Falle der Ehelichkeitserklärung weg.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 13. Januar 1920 (IIa 857/19).

In diesem Sinne hatte das Gemeinschaftliche Oberversicherungsamt in Gotha durch Urteil vom 5. 5. 19 entschieden. Das Reichsversicherungsamt hat die Revision zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Eine ausdrückliche Vorschrift, daß die einem unehelichen Kinde gemäß § 1259 RVO. gewährte Waisenrente mit der Ehelichkeitserklärung des Kindes wegfalle, enthält das Gesetz allerdings nicht. In § 1299 ist vielmehr nur bestimmt, daß die Waisenrente wegfällt, sobald die Waise das 15. Lebensjahr vollendet. Aus dem Fehlen einer ausdrücklichen Vorschrift kann aber nicht gefolgert werden, daß, abgesehen von dem Fall des § 1299, ein Wegfall der Waisenrente nicht in Frage kommen könne. Vielmehr ist anzunehmen, daß der Anspruch auf die Waisenrente auch dann nicht mehr besteht, wenn seine in § 1259 aufgestellte Voraussetzung — die Vaterlosigkeit des Kindes — weggefallen ist. Dies ist bei der Ehelichkeitserklärung des Kindes der Fall. Denn

dadurch erlangt das Kind gemäß § 1736 BGB. die rechtliche Stellung eines ehelichen Kindes, und zwar, wie sich aus §§ 1723, 1725 BGB. ergibt, seinem natürlichen Vater gegenüber, und dieses so begründete Verhältnis ist ein dauerndes in dem Sinne, daß es, im Gegensatz zu dem durch „Annahme an Kindes Statt" begründeten Rechtsverhältnis, nicht wieder aufgehoben werden kann. Somit ist die rechtliche Stellung eines für ehelich erklärten Kindes wesentlich verschieden von der eines an Kindes Statt angenommenen Kindes. Deshalb können auch die Erwägungen, die dazu geführt haben, den Wegfall der Waisenrente bei Annahme an Kindes Statt zu verneinen (zu vgl. Revisionsentsch. 2412, Amtl. Nachr. 1918 S. 170), bei der Ehelichkeitserklärung eines Kindes nicht Platz greifen. Ein für ehelich erklärtes Kind kann nicht als vaterlos angesehen werden. Ist das Kind aber nicht mehr vaterlos, so hat es nach § 1259 RVO. auch keinen Anspruch auf Waisenrente mehr. Hiernach war die Revision zurückzuweisen.

Bedeutung der Beweispflicht aus § 1420 RVO. — Verwendung freiwillig geleisteter Marken.

Rev. Entsch. des bayer. Landesversicherungsamts v. 7. Dezember 1918 (170 Mitt. 1919 S. 73).

Da der Kläger versäumt hat, die Quittungskarte 12 binnen zwei Jahren nach dem Tage der Ausstellung zum Umtausch einzureichen, und da die Verlängerung der Gültigkeit der Karte durch das Bürgermeisteramt nach dem Recht der Reichsversicherungsordnung, abweichend von dem früheren Recht, ohne Wirkung war, hat der Kläger nach § 1420 RVO. im Streitfall zu beweisen, daß die Anwartschaft erhalten ist. Durch diese Bestimmung wird jedoch dem Versicherten keine Beweispflicht im Sinn des bürgerlichen Streitverfahrens auferlegt und der für das Feststellungsverfahren geltende Grundsatz, daß der Sachverhalt von Amts wegen zu erforschen ist, nicht durchbrochen, sondern nur vorgeschrieben, daß die Unmöglichkeit einer sicheren Feststellung dem Versicherten zum Nachteil gereicht. Sprechen die Umstände dafür, daß die Anwartschaft erhalten ist, so hat die Versäumung des rechtzeitigen Umtausches der Quittungskarte keine Bedeutung. Dies trifft im vorliegenden Falle zu. Die Marken in der Quittungskarte 12 sind freiwillig verwendet. Bei der freiwilligen Versicherung ist als der Wille des Beitragleistenden regelmäßig zu unterstellen, daß die Beiträge innerhalb der Grenzen des § 1443 RVO. auf abgelaufene Anwartschaftsfristen anzurechnen sind, soweit dies die Wiederherstellung der Anwartschaft erfordert. Die durch die Quittungskarte 12 ausgewiesenen 30 Wochenbeiträge sind vor dem Tage der Aufrechnung, dem 26. August 1915, geleistet worden, der Kläger durfte also diese Beiträge nach § 1443 für die Zeit bis zum Ablauf der Anwartschaftsfrist, dem 9. September 1914, entrichten. Für die Annahme, daß zwanzig von den verwendeten Marken nach dem Willen des Klägers für eine andere Zeit gelten sollten als für die gemäß § 1280 RVO. durch Beiträge zu deckenden Wochen, fehlt jeder Anhalt; denn der Kläger war, wie seine Leistung nach den Quittungskarten 10 und 11 ergibt, bei dem Einkleben der Beitragsmarken stets auf die Erhaltung der Anwartschaft bedacht. Bei dieser Sachlage kann kein Gewicht auf die Entwertungstage gelegt werden, die die Marken tragen. Die Entwertungstage hat nicht der Kläger selbst auf die Marken gesetzt, wie die Vergleichung mit seiner Handschrift ergibt. Von wem die Marken entwertet worden sind, ist nicht festgestellt und nicht feststellbar. Daher kann aus der Angabe der Entwertungstage nicht geschlossen werden, daß die Marken nach dem Willen des Klägers für die daraus sich ergebenden Zeiträume gelten sollten, sondern es ist davon auszugehen, daß der Kläger bei der Entrichtung der Beiträge das für ihn Zweckmäßigste, die Aufrechterhaltung der Anwartschaft, gewollt hat (vgl. Amtl. Nachr. 1915 S. 768 Z. 2115; 1917 S. 467 Z. 2345). Würden die Marken nach der Zeit angerechnet, die sich aus den Entwertungstagen ergibt, so wäre die Anwartschaft erloschen, weil für die Zeit bis zum 9. September 1914 nur 15 Wochenbeiträge ausgewiesen sind. Daher ist als Wille des Klägers bei Entrichtung der Beiträge festzustellen, daß mindestens 20 Marken der Quittungskarte 12 auf die Anwartschaftsfrist vom 9. September 1912 bis zum 9. September 1914 anzurechnen sind. Da sonach der Beweis für die Erhaltung der Anwartschaft gemäß § 1280 RVO. erbracht ist, war die angefochtene, auf einer Verkennung der Bedeutung des § 1420 RVO. beruhende Entscheidung des Oberversicherungsamts nebst dem Bescheid der Landesversicherungsanstalt aufzuheben und die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an die Landesversicherungsanstalt zurückzuverweisen.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Die Einhaltung der für das Wahlverfahren in den Kreisordnungen vorgeschriebenen Fristen ist Bedingung der Gültigkeit der Wahl.

Entscheidung des Preuß. Oberverwaltungsgerichts (2. Senats) v. 29. April 1919 (II. B. 1. 19).

Der Bezirksausschuß hat in der angefochtenen Entscheidung den Beschluß des Beklagten (Kreistags), durch den die Wahlen der Kläger zu Kreistagsabgeordneten für ungültig erklärt worden sind, aufgehoben und die Wahlen für gültig erklärt. Der Beklagte hat dagegen Berufung eingelegt und den in erster Instanz gestellten Antrag auf Abweisung der Klage wiederholt. Das Rechtsmittel ist begründet.

Über die Folgen einer Verletzung der für ein Wahlverfahren gesetzlich vorgeschriebenen Formen hat das Oberverwaltungsgericht schon mehrfach entschieden. In der den Parteien bekannten Entscheidung vom 24. Setember 1901 (Preuß. Verw. Bl. Bd. 23 S. 518) wird unterschieden zwischen Formen und Förmlichkeiten, die je nach Inhalt und Gegenstand entweder unerläßliche Bedingung der Gültigkeit oder nur untergeordneter Art sind. Die Verletzung der ersteren führt nach Ansicht des Gerichtshofs unbedingt die Ungültigkeit der Wahlhandlung herbei, ohne daß es dem Verwaltungsrichter zustände, nach Lage des Falles über die Bedeutung der Ordnungswidrigkeit für die Wahl zu befinden. Zu den Formen und Förmlichkeiten dieser Art rechnet der Gerichtshof alle Bestimmungen, durch welche die Innehaltung gewisser Fristen in dem Wahlverfahren vom Gesetze gefordert wird. Hier soll es nicht darauf ankommen, ob bei Beobachtung der Frist das Wahlergebnis kein anderes gewesen wäre oder ob wenigstens ein Einfluß der Nichtinnehaltung der Frist unerwiesen ist, vielmehr muß die Wahl ohne weiteres für ungültig erklärt werden, sobald die Nichtbeachtung der Frist feststeht. Auch in einer älteren Entscheidung vom 6. November 1888 (Entsch. d. OVG. Bd. 17 S. 4) wird ausgeführt, daß die im Gesetze (Kreisordnung für die östlichen Provinzen) enthaltenen Vorschriften über die Einhaltung gewisser für das Wahlverfahren gegebener Fristen nicht denjenigen zuzuzählen seien, bei denen der Verwaltungsrichter über die Bedeutung ihrer Nichtbeachtung frei zu befinden habe. Zwar könne zugegeben werden, daß die Fristen an sich auch anders als im Gesetze hätten normiert werden können, aber da sie in den meisten Fällen aus Gründen, die sich einer Nachprüfung völlig entzögen, einmal, wie geschehen, festgesetzt seien, sei es unzulässig, die getroffene positive und imperative Bestimmung im einzelnen Falle für nicht beachtenswert zu erklären von der Erwägung aus, daß bei Einhaltung der Frist das Ergebnis der Wahl kein anderes gewesen wäre, oder wenigstens ein Einfluß der Nichteinhaltung der Frist unerwiesen sei. In der Entscheidung vom 6. Dezember 1907 (Entsch. d. OVG. Bd. 51 S. 3) wurde eine Wahl für ungültig erklärt, weil die im § 1 des Wahlreglements zur Kreisordnung für die östlichen Provinzen für die schriftliche Einladung bestimmte Frist von acht Tagen vor der Wahl nicht innegehalten war, die Innehaltung aber als ein wesentliches Erfordernis für das Zustandekommen einer rechtsgültigen Wahl erachtet werden müsse.

An dieser Rechtsprechung ist festzuhalten. Demnach ist auch im vorliegenden Fall eine wesentliche Voraussetzung für die Rechtsgültigkeit der Wahlen insofern nicht erfüllt, als nicht alle Wahlberechtigten gemäß § 1 des Wahlreglements zu § 49 der Kreisordnung für die Rheinprovinz acht Tage vor der Wahl eingeladen worden sind. Der Wahltermin stand am 28. November 1917 an. Die Wahlberechtigten mußten also spätestens am 20. November eingeladen sein. Von den Wahlberechtigten in B. sind aber zwei erst am 21. und einer erst am 22. November geladen. Die Kläger meinen zwar, daß unter der Frist von acht Tagen nur eine solche von einer Woche zu verstehen sei, aber auch wenn das zutreffend wäre, würde immer noch der erst am 22. November 1917 geladene Wähler zu spät geladen sein, und das allein würde genügen, um der Wahl die Gültigkeit versagen zu müssen. Denn die Nichteinhaltung der Einladungsfrist hat die Ungültigkeit der Wahl nicht nur zur Folge, wenn sämtliche Wähler verspätet eingeladen werden, sondern auch, wenn dies nur bei einigen oder einem einzigen der Fall ist. In dem der Entscheidung vom 24. September 1901 zugrunde liegenden Falle waren auch nicht sämtliche Wähler, sondern nur ein Teil von ihnen verspätet eingeladen, ohne daß diesem Umstand irgendeine Bedeutung beigemessen wurde. Ob auch die anderen von dem Kreistage gerügten Verstöße einzeln oder insgesamt zur Ungültigkeitserklärung der Wahl führen müssen, kann unerörtert bleiben, da auch, wenn in dieser Beziehung den Ausführungen der Kläger und des Bezirksausschusses beizutreten wäre, doch die Nichteinhaltung der Frist für die Einladung der Kreistagsabgeordneten genügt, um der Klage den Boden zu entziehen.

Anm.: Diese dem Preuß. Verw. Bl. Bd. 41 S. 146 entnommene Entscheidung dürfte auch für die Beurteilung von Verstößen gegen die Wahlordnungen für die Versicherungsträger von Bedeutung sein.

Ein einzelner Angestellter kann den Schlichtungsausschuß nicht wegen einer Gehaltsaufbesserung anrufen.

Gutachten des **Reichsarbeitsministers** vom 8. November 1919 (Nr. 4645).

Der von der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft erhobene Einwand der Unzuständigkeit des Schlichtungsausschusses ist, soweit er sich darauf stützt, daß der Beschwerdeführer nach § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht versicherungspflichtig sei, im Hinblick auf die inzwischen ergangene Verordnung vom 21. September 1919 (RGBl. S. 1707) hinfällig. Dagegen ist der zweite Einwand, daß ein einzelner Angestellter den Schlichtungsausschuß wegen einer Gehaltsaufbesserung nicht anrufen könne, begründet. Wie ich schon in meiner Antwort vom 29. Juli ausgeführt habe, kann nach § 20 der Verordnung vom 23. Dezember 1918 der Schlichtungsausschuß nur von dem Angestelltenausschuß oder, wo ein solcher nicht besteht, von der Angestelltenschaft oder mit Zustimmung des Angestelltenausschusses oder der Angestelltenschaft auch von einer wirtschaftlichen Vereinigung der Angestellten angerufen werden. Voraussetzung für die Anrufung ist, daß der Streit nicht nur die Forderung eines einzelnen Angestellten, sondern Forderungen der ganzen Angestelltenschaft oder doch eines erheblichen Teiles derselben betrifft. Forderungen einzelner Angestellten können, abgesehen von den gesetzlich besonders bestimmten Fällen, nur dann vor den Schlichtungsausschuß gebracht werden, wenn sie grundsätzlicher Art sind und deswegen von der ganzen Angestelltenschaft oder einem erheblichen Teil derselben zu ihrer eigenen Angelegenheit gemacht werden. Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Falle nicht gegeben. Dem Beschwerdeführer bleibt daher nichts übrig, als entweder die Angestelltenschaft seiner Sektion zu bewegen, den Schlichtungsausschuß anzurufen, oder den Zentralverband der Angestellten zur Anrufung zu ermächtigen, wenn der Beschwerdeführer es nicht vorzieht, sich im Dienstaufsichtswege an das Reichsversicherungsamt zu wenden. („Berufsgenossenschaft".)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Richtlinien für ein engeres Zusammenarbeiten der Versicherungsanstalten und der Krankenkassen auf dem Gebiete des Heilverfahrens und der Krankheitsverhütung.

Im Einvernehmen mit dem Reichsversicherungsamt empfehlen der Ständige Ausschuß der deutschen Landesversicherungsanstalten und die fünf Krankenkassen-Hauptverbände den durch sie vertretenen Anstalten und Kassen im Interesse einer möglichst wirksamen Ausgestaltung der Heilbehandlung und der Krankheitsverhütung (§§ 187, 193, 363, 1269, 1274, 1305, 1400 RVO.), soweit das bisher nicht bereits der Fall war, in enge Beziehungen zueinander zu treten und dabei die nachstehend aufgeführten Gesichtspunkte zu beachten:

1. Allgemeine Bestimmungen.

1. Die Übernahme des Heilverfahrens ist den Versicherungsanstalten nur gestattet, wenn zu erwarten ist, daß das Heilverfahren die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe abwendet oder den Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente wieder erwerbsfähig macht. Der Gewinn für den einzelnen Versicherten wie für die Gesamtheit wird um so größer sein, je besser es gelingt, die zur Verfügung stehenden Mittel rechtzeitig in der den größtmöglichen Erfolg versprechenden Weise zu verwenden. Ein enges Zusammenarbeiten der Träger der Kranken- und Invalidenversicherung wird die Erreichung dieses Zieles erleichtern.

Die Krankenkassen werden insbesondere darauf halten, daß in den Fällen, in denen ein Eintreten der Versicherungsanstalt in Frage kommt, ohne Verzug die geeigneten Schritte zur Herbeiführung einer Entscheidung der Versicherungsanstalt getan werden und den Versuchen, zunächst die Leistungen der Krankenkassen auszunutzen, nachdrücklichst entgegengetreten wird.

2. Es ist eine nicht nur im Interesse ihrer Mitglieder, sondern auch in ihrem eigenen Interesse liegende Aufgabe der Krankenkassen, darauf hinzuwirken, daß die von der Versicherungsanstalt gebotenen Gelegenheiten zur Wiederherstellung der Gesundheit oder Abwendung drohender Gesundheitsschädigungen von den Kassenmitgliedern und ihren Angehörigen rechtzeitig (zu vgl. Ziff. 1 Abs. 2) in Anspruch genommen werden.

Sie werden zu dem Zweck ihre Ärzte allgemein auf die maßgebenden Gesichtspunkte aufmerksam machen, auch in den Einzelfällen sie zur Äußerung veranlassen, ob nicht die Einleitung eines Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt angezeigt ist.

3. Die Versicherungsanstalt wird diese auch in ihrem Interesse liegende Mitarbeit der Krankenkassen in jeder Weise fördern, insbesondere den Kassen ihres Bezirks von den Grundsätzen Kenntnis geben, die für die Durchführung des Heilverfahrens und für ihre Tätigkeit auf dem Gebiete der Krankheitsverhütung maßgebend sind, und ihnen diejenigen Drucksachen zur Verfügung stellen, die zur Erfüllung der von den Krankenkassen übernommenen Aufgaben erforderlich oder zweckdienlich sind.

4. Voraussetzung für die Übernahme des Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt ist in der Regel, daß die Wartezeit nachgewiesen und die Anwartschaft nicht erloschen ist. Von der Forderung, daß die Wartezeit nachgewiesen sei, wird in der Regel abgesehen, wenn für den Versicherten, wie insbesondere bei Jugendlichen, füglich nicht mehr Beiträge, als geschehen, verwendet werden konnten. Anderseits wird in den Fällen, in denen die Anwartschaft längere Zeit hindurch nur mit einem Mindestaufwand an Beiträgen aufrechterhalten ist, das Heilverfahren in der Regel nur gegen Leistung eines erhöhten Beitrags zu den Kosten durch den Versicherten oder von anderer Seite übernommen.

Wo auch allgemeine Interessen in Frage stehen,

z. B. die Verminderung der Ansteckungsgefahr bei Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose, wird in der Regel nachsichtiger verfahren werden, dagegen strenger, wenn es sich um Abhilfe gegen ein bereits lange Zeit bestehendes Leiden handelt (zu vgl. Ziff. 15).

Für doppeltversicherte Angestellte, die nach dem Ausscheiden aus der Invalidenversicherungspflicht nicht mehr für jede Beschäftigungswoche einen Beitrag geleistet haben, wird ein Heilverfahren in der Regel nicht übernommen.

Die Kosten für Heilmaßregeln, die ohne ihr Zutun getroffen sind, wird die Versicherungsanstalt nur ausnahmsweise übernehmen, wenn Gefahr im Verzuge war, alsbald ihre Entschließung nachgesucht und die getroffene Maßregel von ihr als zweckentsprechend anerkannt wird.

5. Die Anträge von Kassenmitgliedern auf Einleitung eines Heilverfahrens werden in der Regel von der Krankenkasse entgegengenommen und durch Einziehung ärztlicher Gutachten, Feststellung der persönlichen Verhältnisse des Kranken usw. tunlichst so weit vorbereitet, daß die Entscheidung von der Versicherungsanstalt ohne weitere Ermittlungen getroffen werden kann. Wenn es erforderlich ist, nimmt die Kasse hierbei die Hilfe der zuständigen Stellen in Anspruch — z. B. zu der gemäß Ziff. 4 Abs. 1, Ziff. 20 erforderlichen Feststellung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse, des Inhalts der früheren Quittungskarten. Wo infolge unregelmäßiger Beitragsleistung oder aus anderen Gründen die Übernahme des Heilverfahrens zweifelhaft ist, wird zweckmäßig zunächst eine Äußerung der Versicherungsanstalt veranlaßt, bevor mit einem größeren Aufwand an Zeit und Kosten Ermittlungen angestellt werden. Im übrigen sind die Anträge als Eilsachen zu behandeln.

Wenn nach Stellung des Antrags ein Kassenwechsel eintritt, sind noch nicht entscheidungsreife Anträge an die neue Kasse zur weiteren Bearbeitung abzugeben, entscheidungsreife der Versicherungsanstalt mit einer Nachricht über den eingetretenen Kassenwechsel einzusenden. Diese Benachrichtigung hat auch zu erfolgen, wenn der Antrag bereits eingesandt war. Die Mitteilungen, die sie gemäß Ziff. 8 erhält, gibt die frühere Kasse an die neue Kasse weiter.

6. Auf anderem Wege eingehende Anträge für Kassenmitglieder wird die Versicherungsanstalt in der Regel der Krankenkasse zur Äußerung übermitteln, soweit dadurch nicht eine unerwünschte Verzögerung der Entscheidung über die Einleitung des Heilverfahrens herbeigeführt wird oder der Versicherte ein berechtigtes Interesse daran hat, daß die Kasse nicht Kenntnis von dem Vorgange erhält.

Die geschäftliche Behandlung der Anträge für Kassenmitglieder, die durch Fürsorgestellen vermittelt werden, soll durch besondere Vereinbarungen geregelt werden.

7. Auf Wunsch der Versicherungsanstalt übernimmt die Krankenkasse die Anweisung der Kranken gemäß dem Bescheide der Anstalt, die Auszahlung der Reisekosten und des Hausgeldes usw. und sorgt durch Rücksprache gelegentlich der Auszahlung des Hausgeldes oder in sonst geeigneter Weise auch dafür, daß der Kranke während seiner Abwesenheit nicht von den Angehörigen ohne Grund beunruhigt wird und sich anderseits die Angehörigen nicht ohne Grund beunruhigen.

8. Soweit die Versicherungsanstalt nicht bereits gemäß Ziff. 6 der Krankenkasse die entsprechenden Mitteilungen macht, gibt sie ihr Nachricht von dem auf Anträge für Kassenmitglieder erteilten Bescheide, wenn angezeigt, unter kurzer Begründung der Entschließung, sowie über die Einleitung und den Abschluß der durchgeführten Heilverfahren unter Angabe des erreichten Erfolges. Die Kasse benachrichtigt den behandelnden Arzt. Eine weitere Auskunft über die Ablehnungsgründe an die Kranken selbst muß vermieden werden, damit ihnen nicht die Hoffnung auf Besserung genommen wird.

9. Voraussetzung für die Einleitung des Heilverfahrens ist die Ausstellung eines ärztlichen Gutachtens, das der Versicherte beizubringen hat.

Über den Inhalt und über die Bezahlung der ärztlichen Gutachten und Bescheinigungen werden sich die Krankenkassen und die Versicherungsanstalten miteinander verständigen.

10. Zur Sicherstellung eines ersprießlichen Zusammenarbeitens finden nach Bedarf Besprechungen der Versicherungsanstalt mit Vertretern der Krankenkassenverbände ihres Bezirks statt.

Einem Beirat, dem je ein oder zwei Vertreter der verschiedenen Kassenarten angehören, wird die Versicherungsanstalt die in Aussicht genommenen erheblichen Änderungen der Grundsätze auf den eingangs bezeichneten Gebieten, der zur Verwendung gelangenden Vordrucke und der mit Ärzten, Zahnärzten usw. abzuschließenden Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, soweit die Kassen mit belastet werden können, zur gutachtlichen Äußerung vorlegen.

Anderseits wird der Beirat im Einvernehmen mit der Versicherungsanstalt Richtlinien aufstellen für die Ausgestaltung der Kassenleistungen und die Verwendung von Kassenmitteln für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung, damit ein möglichst weitgehendes Zusammenarbeiten der verschiedenen Versicherungsträger erreicht wird.

2. Gewährung von Heilmitteln (Zahnersatz, künstliche Glieder, Stützapparate usw.).

11. Die Krankenkassen werden, soweit es nicht bereits geschehen oder wegen fehlender Leistungsfähigkeit der Kasse untunlich ist, in ihrer Satzung die Gewährung von Zuschüssen für größere Heilmittel oder Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung gemäß § 187 Ziff. 3, § 193 Abs. 1 RVO. vorsehen bis zur Höhe von mindestens 50 M.

Sie übernehmen ferner die zur Herstellung künstlicher Gebisse erforderliche Mundreinigung (Beseitigung von Zähnen, Wurzeln usw.).

12. Bei Anträgen auf Lieferung von künstlichen Gebissen, von Gliedersatzstücken, Stützkorsetts usw. stellt die Kasse fest, ob der Antragsteller bereit und in der Lage ist, den auf ihn entfallenden Anteil an den Kosten zu bezahlen, sofern das nicht der Fall ist, ob dieser Zuschuß von anderer Seite ganz oder zum Teil bestritten werden wird. Zur Erlangung eines solchen Zuschusses ist sie dem Antragsteller behilflich. Dabei dürfen Armenmittel nicht in Anspruch genommen werden, es sei denn, daß bereits vorher nicht nur vorübergehend Armenpflege eingetreten war. Grundsätzlich ist darauf zu halten, daß der Antragsteller einen seiner Leistungsfähigkeit angemessenen Kostenbeitrag leiste, damit er ein Interesse an der schonenden Behandlung des Ersatzstücks hat.

13. Krankenkasse und Versicherungsanstalt leisten regelmäßig nur einen Beitrag zu denjenigen Kosten, die durch die Beschaffung von Ersatzstücken usw. in einer zwar haltbaren aber einfachen Ausführung notwendig entstehen. Weitergehenden Wünschen des

Versicherten kann nur entsprochen werden, wenn die Mehrkosten von anderer Seite vorher gedeckt oder sichergestellt werden.

14. Wenn es sich um die Beschaffung von Ersatz für bereits früher gelieferte Ersatzstücke handelt, so ist regelmäßig festzustellen, wann und für wessen Rechnung diese geliefert sind und ob die Neubeschaffung infolge des gewöhnlichen Verschleißes oder zum Teil oder ausschließlich infolge Verschuldens des Trägers der Ersatzstücke oder aus anderen Gründen erforderlich geworden ist.

15. Die Lieferung von Ersatzstücken u. dergl. für Rechnung der Versicherungsanstalt kommt in der Regel nur in Frage, wenn für den Versicherten seit dem Eintritt in das versicherungspflichtige Alter ziemlich regelmäßig, d. h. mindestens für die Mehrzahl der Wochen, Beiträge geleistet sind. Sie ist ausgeschlossen, wenn infolge längerer Unterbrechung der Beitragsleistung die Anwartschaft erloschen ist. Sie erfolgt, wenn überhaupt, dann nur gegen einen angemessen erhöhten Zuschuß der Versicherten zu den Kosten, wenn zwar die Anwartschaft erhalten blieb, die Beitragsleistung aber nur in geringem Umfange erfolgte, insbesondere bei freiwilliger Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses mit den Mindestbeiträgen.

16. In der Regel wird die Versicherungsanstalt bei Versicherten, die der Angestelltenversicherungspflicht unterliegen, höchstens ein Viertel der Kosten übernehmen (zu vergleichen indes Ziff. 4 Abs. 3), bei den übrigen Versicherten, die einer Krankenkasse angehören, höchstens ein Drittel der Kosten und bei den nicht gegen Krankheit Versicherten bis zur Hälfte der Kosten. Ein höherer Beitrag kann ausnahmsweise übernommen werden, wenn der von der Krankenkasse zu leistende Zuschuß wesentlich unter dem Drittel bleibt und der höhere Betrag nicht anderweit aufgebracht werden kann.

17. Die Versicherungsanstalt wird die Krankenkassen bei Mitteilung ihrer Grundsätze (vgl. Ziff. 3) auch davon unterrichten, ob sie mit Zahnärzten, Zahntechnikern, Bandagisten usw. Abkommen wegen Lieferung von Gebissen, künstlichen Gliedern usw. getroffen hat. Die Krankenkasse bereitet den Antrag vor, stellt den Beitrag fest, den sie zu den Kosten leisten wird, und führt dann die Entschließung der Versicherungsanstalt herbei. Nach deren Eingang besorgt die Kasse das zur Lieferung des Ersatzstückes Erforderliche, legt die Rechnung mit einer die Lieferung eines gebrauchsfähigen Ersatzstücks anerkennenden Erklärung des Versicherten der Versicherungsanstalt vor und veranlaßt nach Eingang der Zuschüsse die Bezahlung der Rechnung

18. Wenn sich nachträglich Mängel an dem Ersatzstück ergeben, übernimmt die Krankenkasse zunächst die Verhandlung mit dem Anfertiger, sie macht, wenn sich Anhaltspunkte dafür ergeben, daß die Arbeit erhebliche Mängel hatte, der Versicherungsanstalt unter Vorlage der Verhandlungen davon Mitteilung.

3. Ständige Heilbehandlung.

19. Bei der Inanspruchnahme von Kuren in Bädern, Lungenheilstätten und sonstigen Anstalten ist besonders darauf zu halten, daß ein Hinausschieben der Anträge bis in die sogenannte gute Jahreszeit unterbleibt, wenn es nicht durch die Umstände geboten ist. Es wird sonst nicht nur häufig die günstigste Zeit zur Erzielung eines raschen und sicheren Erfolges verpaßt, sondern eine Berücksichtigung der sich zeitweilig häufenden Anträge unmöglich, während zu anderen Zeiten die zur Verfügung stehenden Einrichtungen ungenügend ausgenützt werden. Deshalb werden von der Versicherungsanstalt in der Regel die ohne Verzug gestellten Anträge vor denen bevorzugt, die ohne ausreichenden Grund längere Zeit hinausgeschoben sind, und unter Umständen wird auch von dem säumigen Versicherten ein Kostenbeitrag als Ersatz für das ausfallende Krankengeld gefordert werden. Grenzfälle werden um so eher berücksichtigt, je reichlicher Platz ist.

20. Wegen der Unterlagen, die für die Entscheidung über die Erhöhung des Hausgeldes über den gesetzlichen Betrag hinaus beigebracht werden müssen (Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Versicherten usw.), aber von der Krankenkasse selbst nicht festgestellt werden können, wendet sich die Kasse, ohne den Abschluß der übrigen Ermittlungen abzuwarten, sofort an die zuständige Stelle mit dem Antrage auf unmittelbare Weitergabe an die Versicherungsanstalt.

21. Vor der Einleitung einer Anstaltsbehandlung müssen Mängel des Gebisses und andere Gesundheitsmängel, die den Kurerfolg beeinträchtigen könnten, im Rahmen der Satzung von der Kasse auf ihre Kosten beseitigt werden. Vor Stellung von Anträgen auf Kuren in Lungenheilstätten ist insbesondere etwa vorhandenes Fieber zu beseitigen.

22. Wenn im Laufe eines Heilverfahrens infolge einer Zwischenerkrankung eine anderweite Heilbehandlung erforderlich wird, übernimmt die Versicherungsanstalt auch deren Durchführung für eigene Rechnung, solange es wahrscheinlich ist, daß das Heilverfahren in kurzer Zeit mit Aussicht auf Erfolg fortgesetzt werden kann. Andernfalls wird der Kranke seiner Kasse zur Fürsorge überwiesen, und zwar vorbehaltlich anderer Vereinbarung im Einzelfalle am letzten Wohnort oder Beschäftigungsort des Kranken. Wenn aber die Reise dahin nach ärztlichem Ermessen ohne wesentliche Gefährdung der Gesundheit nicht möglich ist, soll die Versicherungsanstalt berechtigt sein, den Kranken für Rechnung der Kasse im nächsten erreichbaren Krankenhaus unterzubringen. Der Kasse ist davon umgehend Mitteilung zu machen.

Entsprechend wird auch dann verfahren, wenn der Abbruch des Heilverfahrens eintreten muß, weil die Aussicht auf Erfolg weggefallen ist.

23. Wiederholungskuren werden in der Regel nur bewilligt, wenn die Erwerbstätigkeit nicht nur vorübergehend wieder aufgenommen war, und möglichst in Zeiten geringen Andrangs gelegt.

Versicherte, die ein Heilverfahren ohne ausreichenden Grund vorzeitig abgebrochen haben oder strafweise entlassen sind, haben nur ausnahmsweise und nur nach längerer Zeit, wenn sichere Gewähr gegen eine Wiederkehr solcher Vorfälle gegeben ist, die Übernahme eines neuen Heilverfahrens zu erwarten.

a) Lungenheilstättenkuren.

24. Die Anträge auf Gewährung von Heilstättenkuren werden in der Regel in der Reihenfolge berücksichtigt, in der sie entscheidungsreif vorliegen. Ausnahmen werden u. a. dann gemacht, wenn infolge des Vorhandenseins von Kindern die Verminderung der Ansteckungsgefahr und anderseits die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit besonders dringlich ist.

Die Krankenkassen werden tunlichst davon benachrichtigt, wenn wegen Platzmangels eine strengere Auswahl stattfinden muß. Sie werden diese Mitteilungen in geeigneter Weise zur Kenntnis der Ärzte, ihrer Mitglieder und der Fürsorgestellen brin-

gen, damit eine Enttäuschung infolge der Stellung aussichtsloser Anträge nach Möglichkeit vermieden wird.

Für Lungenkranke, bei denen die Krankheit zum Stillstand gekommen ist und Bazillen nicht ausgeschieden werden, genügt vielfach die Überweisung an die zuständige Fürsorgestelle für Lungenkranke zur Überwachung und, falls der Kranke der Erholung bedarf, der Aufenthalt in einer Walderholungsstätte oder in einem Genesungsheim.

25. Die Versicherungsanstalt trägt die Kosten der Fortsetzung der in der Heilstätte eingeleiteten Tuberkulinbehandlung nach der Entlassung.

26. Die Krankenkassen fördern in Gemeinschaft mit der Versicherungsanstalt die Errichtung von Tuberkulosefürsorgestellen und ihre Tätigkeit nach Kräften, damit die Hindernisse, die der rechtzeitigen Einleitung von Heilstättenkuren entgegenstehen, überwunden werden und die Ansteckungsgefahr möglichst vermindert wird. Zu dem Zwecke werden sie den Fürsorgestellen alle Erkrankungen an Tuberkulose und bemerkenswerte Wendungen im Verlaufe der Krankheit, soweit angezeigt ist, mitteilen und die mit der Krankenüberwachung beauftragten Angestellten entsprechend anweisen.

b) Badekuren.

27. Die Versicherungsanstalt wird tunlichst Vorkehrungen treffen, durch welche Versicherten die Benutzung der in Bädern usw. gebotenen Heilmittel gesichert wird. Sie übermittelt den Krankenkassen die erforderlichen Nachrichten, damit die Kassen Ärzten und Mitgliedern jederzeit zutreffende Auskunft erteilen können.

c) Genesungs- und Erholungsheime.

28. Soweit ein Bedürfnis dafür besteht, wird die Versicherungsanstalt tunlichst dafür sorgen, daß Heime zur Verfügung stehen, in denen Heilbehandlung möglich ist, die in Krankenhäusern in der Regel mit Erfolg nicht durchgeführt werden kann, insbesondere bei Nervenkrankheiten leichter Art, Entkräftung, Blutarmut, leichten Herz- und Magenkrankheiten.

Sie wird auch Genesenden, denen aus der vorzeitigen Wiederaufnahme der Berufstätigkeit dauernder Schaden erwachsen könnte, durch geeignete Unterbringung Gelegenheit bieten zur Hebung der gesunkenen Widerstandsfähigkeit.

Die Krankenkassen werden nach Kräften dazu beitragen, daß die so gebotenen Gelegenheiten zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von den Kassenmitgliedern bestmöglich ausgenutzt werden, indem sie, wo es angezeigt ist, dazu anregen, wo es an einem ausreichenden Anlaß für die Inanspruchnahme fehlt, aber auch mit ihren Bedenken gegen zu weitgehende Anträge nicht zurückhalten.

d) Heilbehandlung Geschlechtskranker.

29. Die Kosten der Beratungsstellen und der Überwachung der Geschlechtskranken durch diese Stellen trägt die Versicherungsanstalt.

Die Krankenkassen benennen der zuständigen Beratungsstelle alle wegen Geschlechtskrankheiten behandelten Mitglieder und Angehörigen von Mitgliedern, sobald die Behandlung abgeschlossen oder vorzeitig abgebrochen ist. Die Kassen treffen die geeigneten Vereinbarungen mit ihren Ärzten, so daß sie diese Meldungen vornehmen können, und nehmen in die Krankenordnung eine Bestimmung auf, die es den Kassenmitgliedern zu Pflicht macht, den Ladungen der Beratungsstelle Folge zu leisten.

Gegen die Kassenmitglieder, die der Ladung der Beratungsstelle trotz Mahnung keine Folge leisten, wird die Krankenkasse der Krankenordnung entsprechend vorgehen und das Ergebnis der Beratungsstelle mitteilen.

30. Die Heilbehandlung geschlechtskranker Kassenmitglieder und ihrer Familienmitglieder, soweit für sie Familienhilfe gewährt wird, ist in erster Linie Aufgabe der Krankenkasse. Eine Beteiligung der Versicherungsanstalt an den Kosten der Behandlung wird dadurch nicht ausgeschlossen. Es ist erwünscht, daß die bereits in einzelnen Anstaltsbezirken eingeführte Behandlungsgemeinschaft zwischen der Versicherungsanstalt und den Kassen ihres Bezirks in weiterem Umfange erprobt wird.

Zur Heilbehandlung gehören auch die sogenannten vorbeugenden Kuren bei der Syphilis, die nach einer nicht zur Dauerheilung führenden Krankheitsbehandlung nach kürzeren oder längeren Zwischenräumen erforderlich werden, damit die Krankheitsreste beseitigt werden, bevor sie zu schweren Gesundheitsschädigungen geführt haben.

Die Versicherungsanstalten werden nach Ablauf der Kassenleistungen in der Regel eine etwa notwendig werdende Weiterbehandlung übernehmen.

31. In den Fällen, in denen ein geschlechtskrankes Kassenmitglied oder der Angehörige eines solchen Bedenken hat, die Hilfe der Krankenkasse in Anspruch zu nehmen, weil es die Verschwiegenheit nicht für ausreichend gesichert hält, übernimmt die Versicherungsanstalt die Behandlung für ihre Rechnung.

Die Versicherungsanstalt ermächtigt ihre Beratungsstellen, in dringenden Fällen die erforderliche Behandlung der geschlechtskranken Kassenmitglieder oder ihrer Angehörigen ohne Anfrage bei der Anstalt anzuordnen.

32. Bei der Heilbehandlung Geschlechtskranker, die in Anstalten gewährt wird, sieht die Versicherungsanstalt von der Geltendmachung des Ersatzanspruchs der Krankenkasse gegenüber grundsätzlich ab, damit die Befürchtung, daß die Kasse von der Erkrankung Kenntnis erhalten werde, den Geschlechtskranken nicht von der Inanspruchnahme der Hilfe der Versicherungsanstalt abhält. Die Hälfte der dadurch im Laufe des Jahres für geschlechtskranke Kassenmitglieder erwachsenden Aufwendungen fordert sie nach Jahresschluß in einer Summe von der Kasse ein.

Die Versicherungsanstalt hat zu ihren Akten einwandfrei festzustellen, daß dem Kranken ein Unterstützungsanspruch gegen die Kasse zustand und daß sich die Behandlung, soweit ihre Kosten zur Hälfte von der Kasse zurückgefordert werden, nicht über die satzungsmäßige Unterstützungsdauer ausdehnte.

Dem Beirat steht die Nachprüfung der Berechnung der Kosten mit allen Unterlagen frei mit der Einschränkung, daß ein Vertreter der beteiligten Kasse ausscheidet.

e) Trinkerheilstättenkuren.

33. Die Unterbringung von Alkoholkranken in Heilstätten hat zur Voraussetzung, daß Körper und Geist durch die Krankheit noch nicht zu sehr geschwächt sind, und daß die Kranken bereits einem Enthaltsamkeits- oder Mäßigkeitsverein beigetreten sind.

f) Lupus, Beingeschwüre.

34. Bei der Behandlung von Lupus, Beingeschwüren und ähnlichen langdauernden Heilverfahren wird die Versicherungsanstalt insbesondere die Fort-

setzung der Behandlung nach Ablauf der Kassenleistungen in Aussicht nehmen, wenn nicht in anderer Weise eine Beteiligung der beiden Versicherungsträger an den Kosten vereinbart wird.

4. Krankheitsverhütung (§ 1274 RVO.).

35. Bei den allgemeinen Maßnahmen zur Hebung der Gesundheitsverhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung wird die Versicherungsanstalt ein planmäßiges Zusammenwirken mit den Krankenkassen im Interesse der Krankheitsverhütung anstreben.

Mit dem Beirat werden alle auf diesem Gebiete von Versicherungsanstalten und Krankenkassen geplanten Bestimmungen von allgemeiner Bedeutung vorher beraten.

Schrifttum.

Wiederaufbau und Sozialversicherung. Vorschläge zur Änderung der Reichsversicherungsordnung von Dr. Paul Kaufmann, Präsident des Reichsversicherungsamts. Berlin 1920 bei Georg Stilke. 61 Seiten. Preis 4 ℳ.

Der Krieg und sein unglücklicher Ausgang haben gewaltig an den Grundlagen und Säulen unserer Sozialversicherung gerüttelt, ohne sie doch im Innersten treffen und zerstören zu können. Die auch auf diesem Gebiete angerichteten Schäden erfordern umfassende und umsichtige Prüfung zum Zwecke des Wiederaufbaues und Ausbaues der Reichsversicherung auf dem durch Art. 161 der Reichsverfassung gewiesenen Wege. Wie eine zielbewußte Reform in dieser Richtung sich zu bewegen habe, legt die neue Schrift des eifrigen und gedankenreichen Verfassers, der das gesamte Werk unserer Sozialversicherung von der hohen Warte seiner reichen praktischen Erfahrungen überschaut, unter Hervorhebung der wichtigsten Gesichtspunkte, in eindringlicher Rede dar. Er hält sich dabei fern von dem Fehler, in den allzu viele wohlmeinende Sozialpolitiker nur zu oft verfallen: ohne Augenmaß für die uns umgebende bedrückende Wirklichkeit und ohne Anpassung an die Forderungen des praktischens Lebens „traumhaften Zielen nachzujagen". Er zeigt, wie aus dem Wirrwarr der gegenwärtig bestehenden Gesetzesvorschriften und Kriegsverordnungen eine leichtfaßlich und volkstümlich gestaltete neue Reichsversicherungsordnung hervorgehen muß. Er prüft die einzelnen Zweige der Arbeiterversicherung, bezeichnet die dringendsten Mängel und weist die Wege zu ihrer Beseitigung. Von besonderem Interesse sind die Ausführungen über die Notwendigkeit einer Umgestaltung der Sozialversicherung namentlich nach bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten. Einer weiteren Ausgestaltung der Vorbeugung und des Heilverfahrens, das auch die wirtschaftliche Wiederherstellung des Verletzten durch Arbeitsbehandlung erstreben müsse, einer wirksameren Beteiligung der Versicherten an der Betriebsüberwachung, Verwaltung und Rechtsprechung, einer einheitlicheren Abgrenzung der Versicherungspflicht in den einzelnen Versicherungszweigen sowie einer größeren Vereinheitlichung der Versicherungseinrichtungen wird das Wort geredet. Vielfach wird dabei auf die ausländische Gesetzgebung Rücksicht genommen. Vorsichtig abwägend warnt der Verfasser vor einer überstürzten Reformarbeit. Es müsse neben dem guten Neuen das bewährte Alte möglichst erhalten und die Sozialversicherung auch in veränderter Gestalt Deutschlands Ruhm bleiben. — Der hohe sittliche Ernst, die Wärme des Gefühls und die anregende Form der Darstellung machen auch diese Schrift des Verfassers zu einer „Denkschrift" im besten Sinne des Wortes.

Die Wochenhilfe. Ein Leitfaden durch das Ges. v. 26. 9. 19. Von Dr. Heinz Jaeger, städt. Versicherungsamtmann in München. Verlag von Ernst Reinhardt in München. 38 Seiten. Preis 1,50 ℳ (10 Stück zu 1,30 ℳ; 20 zu 1,20 ℳ).

Mit Recht ist im Vorwort bemerkt, daß dies Gesetz, welches zum erstenmal eine umfassende Mutterschaftsfürsorge gebracht hat, der im Interesse seines Zweckes dringend erwünschten Klarheit und Übersichtlichkeit entbehrt, weil es kein in sich abgeschlossenes Ganzes bildet, sondern teils bestehende Gesetze ergänzt (und ändert!), teils neues Recht schafft. Der Verfasser kommt daher einem Bedürfnisse entgegen, wenn er in dem vorliegenden Hefte eine für den Gebrauch aller am Vollzuge dieses Gesetzes Interessierten geeignete zusammenfassende Darstellung bietet. Die übersichtliche Anlage, die klare, gemeinverständliche Sprache, die Hinweise auf Entscheidungen und Erlasse und die das Verständnis fördernde Beigabe von zweckmäßig gestalteten Beispielen rechtfertigen die Erwartung, daß die Arbeit des kenntnisreichen Praktikers und gewandten Schriftstellers nicht nur den berufsmäßig oder ehrenamtlich auf dem Gebiete der Volkswohlfahrt tätigen Laien, sondern auch den Krankenkassen und den Versicherungsbehörden gute Dienste leisten wird. Auch wer selbst sich über die ihm nach dem Gesetze zustehenden Leistungen unterrichten will, wird sich mit Nutzen dieses Büchleins bedienen können.

Seelmanns Sammlung von Einzeldarstellungen des Reichsversicherungsrechts. Verlag von Stephan Geibel, Altenburg S. A. 1919.

Die von allen Praktikern geschätzte Sammlung dieser handlichen und wohlfeilen Hefte bedarf einer Empfehlung nicht mehr. Die letzten Erscheinungen haben wir 1918 S. 536 und 1919 S. 578 angezeigt. Jetzt liegen zwei neue Hefte vor, denen der Verfasser aus wohlbegründeten, durch die Besonderheiten des Rechtsstoffs gerechtfertigten Zweckmäßigkeitserwägungen die Gestalt systematischer Darstellungen — abweichend von der sonst gewählten Form der Kommentierung in der Paragraphenfolge — gegeben hat. So ist eine Zusammenfassung zerstreuter Vorschriften zu einheitlicher, übersichtlicher Darstellung erreicht. — Heft 1 bringt in zweiter Auflage „Die Ersatzansprüche der Armenverbände nach der RVO. und dem AVG." (Preis 2 ℳ). Einer kurzen Einleitung folgt der Abdruck der gesetzlichen Vorschriften mit Hinweisen auf die entsprechenden Vorschriften der älteren Gesetze, dann die übersichtlich gegliederte zusammenhängende Darstellung mit reichhaltigen Nachweisen der Rechtsprechung und anschaulichen Beispielen. — Heft 14 behandelt „Wochenhilfe und Wochenfürsorge nach dem Ges. v. 26. 9. 19" (Preis 2,30 ℳ) in entsprechender Weise. Es teilt außer dem Wortlaut des neuen Gesetzes auch noch den Wortlaut der RVO. über Wochenhilfe in der Fassung mit, die sich aus dem neuen Gesetz ergibt. In diesem Umfang ist das Recht der Wochenhilfe und Wochenfürsorge auch in der den Hauptteil des Heftes bildenden zusammenfassenden Darstellung behandelt.

Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge v. 26. 9. 19 nebst den amtlichen Erläuterungen des Reichsarbeitsministeriums. Herausgegeben vom Allg. Verbande deutscher Landkrankenkassen, Geschäftsstelle Perleberg. 31 Seiten. Preis 1,50 M.

Ein zierliches Taschenheft, das im Anschluß an die einzelnen Paragraphen des Gesetzes die darauf bezüglichen amtlichen Erläuterungen in der Art eines Kommentars mitteilt und so den Kassenpraktikern ein bequemes Hilfsmittel für die Handhabung des an Zweifeln so reichen Gesetzes bietet.

Führer durch das Versicherungsgesetz für Angestellte. Gemeinverständlicher Leitfaden von Geh. Ober-Reg.-Rat A. Düttmann. 7. auf Grund der Kriegsverordnungen ergänzte Auflage. 26. bis 28. Tausend. Verlag von Stephan Geibel, Altenburg. S. A. 1919. Preis 1 M.

Ein genauer Kenner und Beherrscher dieses schwierigen Rechtsgebietes bietet hier in gemeinverständlicher Sprache eine verläßliche Anleitung zum Selbstunterricht für solche, die nicht gewohnt sind, Gesetze zu lesen. Zweckmäßig gewählte Beispiele erleichtern das Verständnis, und Hinweise auf die Gesetzesparagraphen ermöglichen es dem Leser, sich nach Bedarf näher zu unterrichten. Die hohe Auflageziffer bezeugt den Wert des Büchleins.

Die Verhältnisse von 534 stadthannoverschen kinderreichen Kriegerfamilien. Von Mathilde Thiele und Wilh. Schickenberg. Kommissionsverlag von Theodor Schulze in Hannover. 68 Seiten. Preis 1 M.

Wie in der Stadt Hannover wird es sich vielerorts im deutschen Vaterlande verhalten. Deshalb ist die vorliegende, von warmem Interesse eingegebene und gewissenhaft durchgeführte Materialsammlung und ihre verständige Würdigung durch die Verfasser ein verdienstliches Unternehmen von allgemeinerem Werte; nicht nur insofern es das Bedürfnis einer Fürsorge für die kinderreichen Familien aus den Tatsachen ableitet, sondern auch indem es gegenüber den vorwiegend in den Wohnungsverhältnissen begründeten Schäden auf den Weg der Abhilfe weist.

Arbeitslosenversicherung und deutsche Erwerbslosenfürsorge unter Berücksichtigung der Frage des Arbeitsnachweises. Von Toni Morgenstern. Verlag von Felix Meiner in Leipzig. XVI und 66 Seiten. Preis 3,60 M.

Eine Einleitung behandelt Begriff, Ursachen, Folgen der Arbeitslosigkeit, ihr Verhältnis zum Sozialismus und zum Recht auf Arbeit, sowie die Mittel zu ihrer Bekämpfung im allgemeinen. Im ersten Hauptteil werden dann die Arbeitslosenversicherung, ihre Vorbedingungen und Organisationsformen, unter Berücksichtigung der Statistik und der Organisation des Arbeitsmarktes in den wichtigsten europäischen Staaten dargestellt. Der zweite Teil ist der Erwerbslosenfürsorge in Deutschland während des Krieges, vor und seit der Revolution gewidmet. Statistische Tabellen schließen die Untersuchung ab.

Auf engem Raum wird hier eine klare Übersicht über die verschiedenen Versuche zur Lösung der so überaus wichtigen und schwierigen Frage geboten und manche erwägenswerte Anregung gegeben. Mit Recht wird auf Artikel 163 der neuen Reichsverfassung hingewiesen, der die sittliche Pflicht jedes Deutschen aufstellt, seine geistigen und körperlichen Kräfte so zu betätigen, wie es das Wohl der Gesamtheit erfordert. Niemand darf auf Fürsorge Anspruch erheben lediglich deshalb, weil er die ihm genehme Arbeit nicht findet. Er soll der Erwerbslosenfürsorge erst teilhaft werden, wenn ihm angemessene Arbeit nicht nachgewiesen werden kann. Die Mittel dazu sind im wesentlichen durch eine staatliche Arbeitslosenversicherung aufzubringen. In dieser Richtung wird sich wohl auch die deutsche Gesetzgebung bewegen. Das Buch kann allen politisch und volkswirtschaftlich Interessierten angelegentlich empfohlen werden.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

a) **Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit nach §169 RVO.)** b) **Zur Versicherungspflicht von Hilfspolizeibeamten.**

1. Nach H. Antwort: a) Wir finden in dem Beschlusse des Amtes eine zur Befreiung der Beamten von der Krankenversicherungspflicht ausreichende Gewährleistung eines Anspruchs im Sinne des § 169 RVO. Die von Ihnen angezogene Entscheidung des RVA. v. 10. 5. 19 (ArbVers. Heft 25 S. 491) steht dem nicht entgegen. Sie spricht, soweit es sich um diese Frage handelt, nur aus, daß die Anstellung auf Lebenszeit für sich allein noch nicht genügt, weil sie den Beamten nicht für alle Fälle hinreichend im Sinne des § 169 sichert, so z. B. nicht im Falle disziplinarischer Entlassung oder vorläufiger Dienstenthebung. Dann wird ein Beschluß des preußischen Staatsministeriums angeführt, der zeigen soll, in welcher Weise den Anforderungen des § 169 sachgemäß genügt werden kann. Dieser Beschluß gewährleistet den Beamten im Krankheitsfalle einen Anspruch auf Gehalt, Ruhegehalt, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im 1½fachen Betrage auf die Dauer der Regelleistungen und fügt dann allerdings hinzu, daß, soweit die Bezüge den gewährleisteten Betrag nicht erreichen, der Fehlbetrag als Zuschuß zu gewähren ist. Aber dieser Zusatz hat nur erläuternde Bedeutung. Was er besagt, folgt schon von selbst daraus, daß jene Bezüge im 1½fachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet, also auf diesen Betrag erhöht werden müssen, wenn sie ihn nicht schon an sich erreichen. Dieser Anforderung genügt auch der uns vorgelegte Beschluß, indem er einen „Anspruch

auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge nach Vorschrift des § 169 RVO. gewährleistet". Durch die Verweisung auf § 169 wird jeder Zweifel ausgeschlossen, daß die Bezüge in allen Fällen, auch bei endgültiger oder vorläufiger Dienstenthebung, im Krankheitsfalle mindestens dem 1½fachen Betrage des Krankengeldes gleichkommen.

b) Ob die Hilfspolizeibeamten bei einem Jahresentgelt von mehr als 5000 ℳ versicherungspflichtig sind, läßt sich nicht allgemein sagen. Sie werden als Angestellte in gehobener Stellung (§ 165 Ziff. 2) versicherungsfrei oder als Gehilfen (Ziff. 1) versicherungspflichtig sein, je nach ihren Aufgaben und nach der Stellung, die sie im Dienstbetriebe einnehmen. Hinsichtlich der für Beurteilung dieser Frage maßgebenden Gesichtspunkte verweisen wir z. B. auf die Entscheidung des RVA., betreffend die Hilfsschutzleute in Preußen, abgedruckt in ArbVers. 1919 Heft 30 S. 590.

Abfindung eines Unfallverletzten schließt jeden Ersatzanspruch der Krankenkasse bei späteren Unfallfolgen aus.

2. **Nach Bardenberg.** Antwort: In diesem Sinne haben wir uns schon 1916 S. 696 Ziff. 17 und 1917 S. 272 Ziff. 2 geäußert. Der § 616 RVO. nimmt auf die Rente des Verletzten nur hinsichtlich der Voraussetzung für die Abfindung und hinsichtlich der Bemessung des Abfindungsbetrags Bezug. Die Wirkung aber ist, wie sich aus der Fassung der Vorschrift zweifelsfrei ergibt, die, daß der Versicherte schlechthin abgefunden ist, also nicht bloß wegen der Rente, sondern auch wegen der Heilverfahrenskosten im Falle später etwa eintretender neuer Folgen desselben Unfalls. Hat aber der Versicherte selbst in solchen Fällen keinen Anspruch gegen die Berufsgenossenschaft, so fehlt auch jede Grundlage für einen Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen die Genossenschaft nach §§ 1501 ff. RVO. (zu vgl. auch Fischer in „Berufsgenossenschaft" 1916 S. 213).

Gehaltsanspruch eines zum Kriegsdienst eingezogenen Kassenangestellten.

3. **K. B. C.** Antwort: Unmöglich können Sie sich zur Begründung Ihres Anspruchs aus dem Jahre 1915 auf eine Bestimmung der erst zwei Jahre später in Kraft getretenen Dienstordnung berufen. Daran wird auch dadurch nichts geändert, daß bei Ihrer Einziehung zum Heeresdienst am 6. 2. 15 eine Dienstordnung für Ihre Kasse überhaupt noch nicht bestand. Es steht Ihnen nur der Anspruch aus § 616 BGB. zu, d. h.: Sie können Fortzahlung des Gehalts über den 5. 2. 15 hinaus nur „für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit" fordern. Als eine solche wird man etwa drei bis sechs Monate ansehen können; es kommt dabei auf billiges Ermessen unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalles an. Verjährt ist dieser Anspruch noch nicht (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 786 und 1918 S. 652).

Einfluß einer Grundlohnänderung auf einen vorher eingetretenen Versicherungsfall.

4. **Nach Lüdenscheid.** Frage: Mit Wirkung vom 1. November v. J. haben wir beiliegenden VII. Satzungsnachtrag in Kraft gesetzt. Ein Mitglied unserer Kasse, welches am 30. Oktober v. J. arbeitsunfähig erkrankte und vom 2. November v. J. für diesen Unterstützungsfall erstmalig Krankengeld zu beanspruchen hatte, verlangt für diesen Unterstützungsfall das Krankengeld nach dem neuen Satzungsnachtrag, weil das Krankengeld nicht bereits mit der Krankmeldung am 30. Oktober, sondern erst mit der ersten Zahlung des Krankengeldes am 2. November wirksam geworden sei. Ist das begründet?

Antwort: Nein! Denn der Versicherungsfall, nämlich die Erkrankung, ist bereits vor dem Inkrafttreten der Grundlohnänderung eingetreten, so daß diese das Maß der für diesen Fall zu gewährenden Leistungen nicht beeinflussen kann (§ 211 RVO.; Entsch. des RVA. 2342, ArbVers. 34 S. 585).

Zur Anwendung des § 315 RVO.

5. **Nach Berlin.** Frage: Die Kürschnerei-Inhaberin D. in P. beschäftigte seit 27. April 1918 ihre Tochter, welche dadurch Mitglied der dortigen Ortskrankenkasse wurde. Am 17. Dezember 1918 wurde der Betrieb nach N. verlegt und die Beschäftigte somit bei uns versicherungspflichtig. Sie erkrankte am 20. Februar 1919 und wurde von der Ortskrankenkasse in P. durch Gewährung von Krankenhausbehandlung unterstützt. Diese Kasse stellte jedoch am 5. April 1919 die Unterstützung ein und verwies das Mitglied an uns (23. 4. 1919). Unter Hinweis auf § 315 RVO. fordert sie Ersatz für die ihr entstandenen Kosten von uns. Nach unseren Ermittlungen hat die Versicherte der genannten Kasse von der Betriebsverlegung rechtzeitig Mitteilung gemacht, welche trotzdem die Beiträge bis zur Erkrankung der D. einforderte. Wir sind daher der Ansicht, daß nach § 315 RVO. die Beiträge nach vorschriftsmäßiger Anmeldung (27. 4. 1918) bis zum Tage der Erkrankung des Mitgliedes (20. 2. 1919) länger als 3 Monate ununterbrochen und unbeanstandet von der Ortskrankenkasse in P. angenommen worden sind und diese somit die D. bis zum Tage der Überweisung an uns unterstützen mußte. Die Ortskrankenkasse P. rechnet die im § 315 der Reichsversicherungsordnung gegebene Dreimonatsfrist erst von der Betriebsverlegung (17. 12. 1918) an, so daß sie am Erkrankungstage (20. 2. 1919) noch nicht abgelaufen war und somit die Mitgliedschaft für die Zeit nach der Betriebsverlegung bei ihr noch nicht formell geworden sei.

Antwort: Der Sinn des § 315 RVO. ist offenbar der, daß eine unzuständige Kasse dadurch zuständig wird, daß sie für drei Monate, während deren an sich die Unzuständigkeit bestand, ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat. Daher ist die dreimonatige Frist von der Betriebsverlegung an zu rechnen. Anderenfalls würde der § 315 die Bedeutung gewinnen, daß stets, sobald überhaupt drei Monate lang die Beiträge gezahlt sind, die Kasse bis zur Verweisung an eine andere zuständig bleibt. Wir teilen also die Ansicht der Kasse in P. Darüber, wie weit diese Ersatz von Ihrer Kasse verlangen kann, vgl. Hoffmann in der ArbVers. 1916 S. 1 ff.

Wohnort des Versicherten als Erfüllungsort der ärztlichen Behandlung.

6. **Nach P.** Antwort: Die Entscheidung des Versicherungsamts ist — abgesehen von dem recht verfehlten, aber für die Beurteilung der Sache belanglosen Schlußabsatz der Begründung — in der Sache selbst begründet. Erfüllungsort für den Anspruch auf ärztliche Behandlung ist nach der Natur des Verhältnisses der Wohnort oder der Beschäfti-

gungsort des Versicherten (zu vgl. außer den in der Entsch. angeführten Stellen besonders Hahn in ArbVers. 1893 S. 257 ff.). Für die zahnärztliche Behandlung kann in dieser Hinsicht nichts Besonderes gelten. Wenn der Versicherte außerhalb seines Wohnortes beschäftigt ist, muß ihm naturgemäß das Recht zustehen, von der Kasse die Bereitstellung der zahnärztlichen Hilfe an seinem Wohnorte zu verlangen; die Kasse darf ihn nicht an einen Zahnarzt an seinem Beschäftigungsort verweisen, wodurch er in unbilliger Weise genötigt würde, länger außerhalb des natürlichen Mittelpunktes seiner Lebensverhältnisse zu verweilen. Aus § 219 RVO. kann nichts Entgegenstehendes hergeleitet werden. Er handelt nur von der Überweisung eines außerhalb des Kassenbezirks Erkrankten an die Kasse des Wohnorts. Diese Überweisung steht allerdings nach § 219 in der Wahl der leistungspflichtigen Kasse. Will sie hiervon keinen Gebrauch machen, so muß sie aber selbst dafür sorgen, daß der Versicherte die erforderliche Behandlung an seinem Wohnort erhält.

Anspruch der Kasse wegen Verletzung eines Mitgliedes durch einen Hund.

7. „Veritas". Antwort: Wird durch ein Tier ein Mensch getötet oder körperlich verletzt, so ist nach § 833 BGB. derjenige, der das Tier hält, verpflichtet, dem Verletzten den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen. Diese Pflicht ist nur dann eine bedingte in dem Sinne, wie wir dies im Heft 35 S. 700 Ziff. 16 (Jahrg. 1919) näher dargelegt haben, wenn es sich um ein Tier handelt, das dem Berufe, der Erwerbstätigkeit oder dem Unterhalt des Tierhalters zu dienen bestimmt ist. Davon kann bei dem Hund des Probstes wohl nicht die Rede sein. Die Haftung des Probstes für die von seinem Hunde verursachte Körperverletzung des versicherten Mädchens ist daher eine unbedingte. Es kommt also nicht darauf an, ob das Tier von Natur gut- oder bösartig ist und ob es im besonderen Falle „nur in einer Art von Zutunlichkeit" das Mädchen angesprungen und verletzt hat. Der Schadenersatzanspruch ist auf die Kasse, in Höhe ihrer pflichtmäßigen Aufwendungen für die Verletzte, nach § 1542 RVO. übergegangen.

Die Kasse darf über die satzungsmäßige Dauer hinaus einen Zuschuß zu den Behandlungskosten nicht gewähren.

8. Nach N. Frage: Ein weibliches Mitglied leidet seit Jahren an Lupus. Es hat sich längere Zeit von Kassenärzten, Spezialärzten usw. behandeln lassen. Am 8. Januar 1919 war die 26wöchige Unterstützungspflicht der Kasse abgelaufen. Die Behandlung wurde, obwohl sie wohl erforderlich war, nicht sogleich fortgesetzt, sondern erst im April 1919 wieder aufgenommen, und zwar in einer Sonnenheilanstalt. Hierdurch sind dem Mitgliede größere Kosten entstanden. Der Ehemann, der die Kriegszeit im Felde war, hat mit Rücksicht auf seine Notlage gebeten, einen Zuschuß zu gewähren. Unseres Erachtens liegt hier ein und dieselbe Krankheitsursache vor, die auch bei Ablauf der 26wöchigen Unterstützungspflicht nicht behoben war, und bestehen Ansprüche an die Kasse nicht mehr. Bemerken möchten wir noch, daß nach ärztlichen Attesten die Krankheit nunmehr vollständig behoben ist. Darf der Vorstand zu den Kosten einen Zuschuß bewilligen?

Antwort: Es liegt nicht nur dieselbe Krankheitsursache, sondern, wenn tatsächlich nach objektivem ärztlichem Befinden auch in der Zwischenzeit ärztliche Behandlung erforderlich war, ein einheitlicher Versicherungsfall vor, wegen dessen die Versicherte durch die Leistungen der Kasse während der satzungsgemäßen Dauer „ausgesteuert" war. Hierüber hinaus noch einen Zuschuß zu gewähren, ist der Kasse durch das Gesetz untersagt (§ 363 RVO.).

Wirkung der Wiedereinführung von Mehrleistungen auf schwebende Fälle.

9. Nach Nauen. Frage: Unsere Satzung sieht die Gewährung von Mehrleistungen, wie Zahlung des Krankengeldes für Sonn- und Festtage usw., vor. Nach dem Notgesetz vom 4. 8. 1914 waren die Leistungen auf die Regelleistungen herabgesetzt. Nunmehr hat der Vorstand vom 1. Januar 1920 ab die satzungsmäßigen Mehrleistungen wieder eingeführt. Haben nun auch die vor dem 1. Januar Erkrankten Anspruch auf die Mehrleistungen?

Antwort: Die Wiedereinführung der Mehrleistungen ist, auch soweit dazu eine Satzungsänderung nicht erforderlich, einer solchen doch in der Wirkung gleichzustellen. Daher gilt auch § 211 RVO. entsprechend, wonach für Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, die Leistungen erhöht werden können. Das bedeutet im vorliegenden Falle, daß die früheren Mehrleistungen auch mit Wirkung auf die vor dem Inkrafttreten des Beschlusses (1. 1. 20) eingetretenen Versicherungsfälle wieder eingeführt werden konnten, daß aber, wenn eine solche Rückwirkung in dem Beschlusse nicht vorgesehen ist, es für die bereits eingetretenen Fälle bei den Regelleistungen verbleibt.

Kein Unfallzuschuß zum Krankengelde, wenn dieses ohnehin zwei Drittel des Grundlohns erreicht.

10. Nach Duisburg. Antwort: Daß das Krankengeld im Falle des § 573 RVO. vom Beginn der fünften Woche an „mindestens" zwei Drittel des Grundlohns beträgt, bedeutet, daß es auf diesen Betrag zu erhöhen ist, wenn es ihn nicht auch sonst erreicht (zu vgl. § 1 der Bek. des RVA. v. 28. 7. 16, ArbVers. 1916 S. 639). Da nach Ihrer Satzung Krankengeld in Höhe von 75 v. H. des Grundlohns gewährt wird, so kommt ein Unfallzuschuß nicht in Frage.

Unzulässige Führung eines Vorstandsamts neben einem besoldeten Kassenamt.

11. Nach W. Antwort: Der stellvertretende Vorsitzende des Kassenvorstandes scheidet dadurch, daß er zum Krankenkassenkontrolleur gewählt ist, die Aufgaben eines solchen ausübt und dafür Gehalt bezieht, zwar nicht kraft Gesetzes aus dem Vorstand und dem Amt eines stellvertretenden Vorsitzenden aus; aber die gleichzeitige Ausübung des Ehrenamtes und des besoldeten Kassenamtes ist nach § 21 Abs. 4 RVO. unzulässig und darf vom Versicherungsamte nicht geduldet werden. Vielmehr liegt es diesem ob, darauf zu dringen, daß das eine oder das andere Amt niedergelegt wird. Wie dies zu geschehen hat, ist näher ausgeführt in der Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2437 Amtl. Nachr. 1918 S. 303, ArbVers. 1918 S. 91.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1277 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 11. April 1920 | Heft 11

Wochenhilfe und Wochenfürsorge.

Vom Wirklichen Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Durch den Entwurf eines Gesetzes betr. Änderung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. Dezember 1919 (RGBl. S. 1757)*) werden in der Hauptsache die Anstände beseitigt, die in großer Fülle gegen das mit überhasteter Eile zustande gebrachte Gesetz erhoben worden sind, aber eine völlig erschöpfende Regelung der einschlägigen Materie wird damit doch nicht erreicht; offenbar soll der letzte Schliff der großen Reform der Reichsversicherungsordnung vorbehalten bleiben, die erst in einigen Jahren zu erwarten ist. Abgesehen davon, daß durch die fortgesetzten Änderungen das Verständnis für das „geltende" Recht ungemein erschwert wird, erscheint das Vorgehen auch deswegen unzweckmäßig, weil es im Hinblick auf die reichlichen Erfahrungen, die mit der Kriegswochenhilfe gemacht worden sind, kaum eine Frage geben dürfte, die nicht in jeder Richtung als spruchreif bezeichnet werden kann.

Dahin gehört vor allen Dingen die Frage nach *Zahlung des Wochengeldes an Wöchnerinnen, die gegen Entgelt beschäftigt werden.* Es kann einem begründeten Zweifel nicht unterliegen, daß sowohl das Krankenversicherungsgesetz als auch die Reichsversicherungsordnung auf dem Standpunkt stehen, daß die Wöchnerin während der Zeit des Wochengeldbezugs als arbeitsunfähig gelten und deshalb nicht arbeiten soll. Denn sonst wäre nicht zu verstehen, warum während des Bezuges des Wochengelds keine Beiträge gefordert werden dürfen (§ 383 Abs. 2 RVO.). Erhält die Wöchnerin während des Bezugs von Wochengeld einen Entgelt so steht nichts im Wege, daß sie auch die Beiträge zahlt. Es bedarf keines längeren Nachdenkens, um sich darüber klar zu werden, daß die Verpflichtung der Krankenkassen, den arbeitenden Wöchnerinnen Wochengeld zu zahlen, auf die Bevölkerung einen eigentümlichen Eindruck machen muß. Gerade auf dem Lande, wo die Frauen die Einwirkungen einer Entbindung rascher überwinden und sich für die Wiederaufnahme der Arbeit in kurzer Zeit hinreichend gekräftigt fühlen, dürfte es kaum verstanden werden, daß die weiblichen Kassenmitglieder, trotzdem sie alsbald nach der Entbindung die Lohnarbeit wieder aufnehmen und gegen vollen Lohn arbeiten, Wochengeld in Höhe des Krankengeldes erhalten und keine Kassenbeiträge zu entrichten brauchen. Dieses Mißverhältnis tritt gerade in neuerer Zeit besonders in die Erscheinung, weil bis zur Ausdehnung des Versicherungszwanges auf alle gegen Entgelt beschäftigten Personen durch die RVO. sich die Dauer des Verbots der Beschäftigung im wesentlichen mit der Dauer des Bezuges des Wochengeldes deckte. Die jetzige Rechtslage aber ist folgende:

*) Siehe hierüber unten unter „Mitteilungen" S. 217.

Nach § 137 Abs. 6 Gew. O. dürfen Arbeiterinnen vor und nach der Niederkunft im ganzen während acht Wochen nicht beschäftigt werden; ihr Wiedereintritt in die Beschäftigung ist an den Ausweis geknüpft, daß seit der Entbindung wenigstens sechs Wochen verflossen sind. Die Vorschrift gilt nur für Betriebe, in denen in der Regel mindestens zehn Arbeiter beschäftigt werden. Kraft Gesetzes ist das Gebot weiter verbindlich für Werkstätten, in denen durch elementare Kraft bewegte Triebwerke nicht bloß vorübergehend zu Verwendung kommen, auch wenn in ihnen in der Regel weniger als zehn Arbeiter beschäftigt werden (§ 154 Abs. 3 Gew. O.), für Hüttenwerke, Zimmerplätze und andere Bauhöfe, für Werften sowie für Werkstätten der Tabakindustrie, auch wenn in ihnen weniger als zehn Arbeiter beschäftigt werden, für Ziegeleien und über Tage betriebene Gruben und Brüche, wenn in ihnen in der Regel mindestens fünf Arbeiter beschäftigt werden (§ 154 Abs. 2 Gew. O.), für Bergwerke, Salinen, Aufbereitungsanstalten und unterirdisch betriebene Brüche und Gruben, wenn in ihnen in der Regel weniger als zehn Arbeiter beschäftigt werden (§ 154a Abs. 1 Gew. O.). Bei den Motorwerkstätten ist zu beachten, daß nach Artikel 4 der Novelle zur Gew. O. vom 28. Dezember 1908 die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 13. Juli 1900 (RGBl. S. 566) für Werkstätten mit weniger als zehn Arbeitern bis zu einer etwaigen Abänderung noch weiter gilt und somit auch die Vorschrift unter Nr. 5 Abs. 5, wonach Wöchnerinnen während vier Wochen nach ihrer Entbindung überhaupt nicht und während der folgenden zwei Wochen nur dann beschäftigt werden dürfen, wenn das Zeugnis eines approbierten Arztes dies für zulässig erklärt, noch gilt. Diese dem § 137 Abs. 5 Gew. O. in der Fassung vor Erlaß der Novelle vom 28. Dezember 1908 entsprechende Vorschrift gilt auch noch für die Werkstätten der Kleider- und Wäschekonfektion nach Maßgabe des § 4 der auf Grund des § 154 Abs. 4 Gew. O. erlassenen Verordnung vom 31. Mai 1897 (RGBl. S. 459), abgeändert durch Verordnung vom 17. Februar 1904 (RGBl. S. 62).

Es empfiehlt sich aber nicht, dieses Arbeitsverbot auf weitere Kreise der arbeitenden Bevölkerung, namentlich nicht auf die landwirtschaftliche Bevölkerung zu erstrecken, da sonst der Beschaffung der gerade hier dringend erforderlichen Arbeitskräfte Hindernisse in den Weg gelegt werden könnten. Übrigens ist das Verbot mehr oder weniger ein Schlag ins Wasser, weil dadurch die Wöchnerin nicht gehindert wird, in einem anderen, nicht unter das Verbot fallenden Gewerbszweig oder Berufe zu arbeiten. Der eigentliche Zweck der Wochenhilfe besteht aber darin, die Wöchnerin zu veranlassen, daß sie in den ersten Wochen nach der Geburt ausschließlich für sich selbst und den Säugling sorgt. Das wird aber viel wirksamer dadurch erreicht, daß der Wöchnerin nur so lange ein Anspruch auf Wochengeld eingeräumt wird, als sie nicht gegen Entgelt arbeitet. Alsdann wird jedenfalls verhindert, daß die Wöchnerin, wenn sie den Geboten des Mutterschutzes zuwider handelt, neben dem Lohn noch Wochengeld erhält. Daneben wird das Beschäftigungsverbot in den Betrieben, für die es heute schon besteht, auf die Dauer des Wochengeldbezuges auszudehnen sein. Es empfiehlt sich daher, den § 195a Nr. 2 so zu fassen:

> „ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens einundeinehalbe Mark täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage, während der Zeit, in der die Wöchnerin nicht gegen Entgelt beschäftigt ist, höchstens aber für die Dauer von zehn Wochen; ob und für welche Dauer auch für die Zeit vor der Entbindung Wochengeld gezahlt wird, bestimmt die Satzung, doch müssen mindestens sechs Wochen in die Zeit nach der Niederkunft fallen."

Bei dieser Gelegenheit mag auch noch darauf hingewiesen werden, daß die Vorschrift des Gesetzes, wonach das Wochengeld *mindestens auf die Dauer von sechs Wochen* nach der Geburt zu zahlen ist, unter Umständen zu einer Schädigung der Wöchnerin führen kann. Die Vorschrift

wird im allgemeinen so verstanden, daß nicht die Satzung die Zeit des Wochengeldsbezugs vor und nach der Entbindung zu bestimmen braucht, daß es vielmehr dem Ermessen des Vorstandes überlassen ist, die Bezugszeit näher zu bestimmen. Da der Vorstand somit in jedem Falle verschieden verfahren kann, so steht der Anspruch der Wöchnerin in zeitlicher Beziehung nicht von vornherein fest, insbesondere auch nicht, ob und für wieviel Wochen rückwärts vom Tage der Niederkunft das Wochengeld gefordert werden kann. Stirbt die Wöchnerin alsbald nach der Geburt, so kann sich der Kassenvorstand unbehindert auf den Standpunkt stellen, daß er in diesem Falle das Wochengeld nur für zehn Wochen nach der Entbindung zahlen wolle. Dadurch wird der Anspruch wesentlich eingeschränkt. Um diese Willkür zu verhindern, wäre es angebracht, vorzuschreiben, daß die Satzung darüber zu bestimmen hat, welche Zeit des Wochengeldsbezugs ein für allemal vor dem Tage der Entbindung liegen soll.

Der Anspruch auf Wochengeld wird sonst mit dem Tage der Niederkunft seinem ganzen Umfange nach fällig. Das hat aber nicht die Folge, daß das Wochengeld unbedingt für die satzungsmäßige Dauer ausgezahlt werden muß. Stirbt die Wöchnerin, so fällt der Anspruch auf Wochengeld mit dem Todestage fort. Denn da für den Bezug des Wochengeldes die Arbeitsunfähigkeit der Wöchnerin angenommen wird, eine Arbeitsunfähigkeit aber nur für lebende Menschen in Betracht kommt, so ergibt sich der Fortfall des Wochengeldes beim Tode der Wöchnerin von selbst. Der Anspruch auf Wochengeld ist nur dann vererblich, wenn er von der Wöchnerin bei Lebzeiten geltend gemacht ist; denn nach § 1545 RVO. werden die Leistungen der Krankenversicherung nur auf Antrag festgestellt. Im Gegensatz zu der Rechtsprechung auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung hat das Reichsversicherungsamt für das Gebiet der Krankenversicherung den Grundsatz aufgestellt, daß die Vererblichkeit des Anspruchs auf Krankengeld nicht unbedingt von einem Antrage bei Lebzeiten des Versicherten abhängig gemacht werden könne, daß also Ansprüche auf Krankengeld vererblich sind, auch wenn sie bei Lebzeiten des Versicherten nicht angemeldet werden. In der grundsätzlichen Entscheidung vom 28. Juni 1915 (Amtl. Nachr. S. 664, ArbVers. 1916 S. 36) wird darüber folgendes ausgeführt: „Die Verhältnisse in der Krankenversicherung liegen wesentlich anders als in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Hier beschränkt sich die Verpflichtung der Versicherungsträger auf die Zahlung von Geldbeträgen, wie Renten usw. Die Einleitung eines Heilverfahrens ist nach § 1269 RVO. nur ein Recht, keine Pflicht der Versicherungsanstalten; dagegen haben die Krankenkassen in Krankheitsfällen außer Krankengeld auch Krankenpflege zu gewähren. Sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln. Diese Leistungen können zwar ihrer Natur nach nur bei Lebzeiten des Versicherten erfolgen. Der Anspruch auf sie erlischt daher mit dem Tode des Versicherten und geht nicht auf seine Erben über. Die Verpflichtung der Kassen zur Gewährung von Krankenpflege kann aber unter Umständen auch Ansprüche auf Barleistungen begründen. Wie sich aus § 368 Halbsatz 2 RVO. ergibt, darf der Versicherte in dringenden Fällen einen anderen Arzt als den Kassenarzt in Anspruch nehmen. Dann kann er von der Krankenkasse Bezahlung von Arztkosten verlangen. Er wird nicht selten den Anspruch bei Lebzeiten nicht mehr erheben können. Das gilt namentlich bei plötzlichen Unglücksfällen, wenn der Versicherte bald nach dem Unfall stirbt usw. Wäre der Anspruch auf Bezahlung der Arztkosten durch die Kasse alsdann nicht vererblich, so müßten die Erben des Versicherten die Kosten aus eigenen Mitteln bestreiten. Dadurch würden ihnen Verpflichtungen auferlegt, die an sich der Krankenkasse obliegen. Eine solche Bereicherung der Kasse auf Kosten der Erben kann der Gesetzgeber nicht gewollt

haben. Der Anspruch auf Grund des § 368 Halbsatz 2 a. a. O. ist daher vererblich, mag er auch bei Lebzeiten des Versicherten nicht angemeldet worden sein. In gleicher Weise muß der Anspruch auf Krankengeld behandelt werden. Er beruht auf demselben Rechtsgrund wie die Forderung aus § 368 Halbsatz 2 a. a. O., nämlich auf einer Erkrankung des Versicherten, und ist seinem Wesen nach dieser Forderung gleichartig . . ." Der Grund für die abweichende Behandlung des Krankengeldes ist also der, daß das Krankengeld einen Teil des Anspruchs des Versicherten auf Krankenhilfe ausmacht und der Anspruch auf Krankengeld daher nicht anders behandelt werden darf wie der Anspruch auf Krankenpflege, bei der in dringenden Fällen den Erben der Erstattungsanspruch hinsichtlich der Aufwendungen für ärztliche Behandlung unter allen Umständen gewahrt werden muß.

Da es sich bei den Leistungen der Wochenhilfe genau so wie bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nur um Gewährung von Barleistungen handelt, so verlangt der Anspruch auf Wochengeld zu seiner Entstehung und zu seiner Vererbung eine Anmeldung bei Lebzeiten der Wöchnerin; soll es anders sein, so müßte das im Gesetz ausdrücklich ausgesprochen werden.

Der § 195 a RVO. bedarf noch insofern einer Änderung, als das Wort „Wöchnerin" durch das Wort „Versicherte" zu ersetzen ist, denn die unter Nr. 3 aufgeführte Leistung einer Beihilfe für Schwangerschaftsbeschwerden wird an jede weibliche Person gezahlt, auch wenn sie nicht Wöchnerin wird, ganz abgesehen davon, daß die Beihilfe nicht erst bei der Niederkunft, sondern nach der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 30. Januar 1917 (Amtl. Nachr. S. 253) am Ende der Woche fällig ist, in der die Hebammendienste oder die ärztliche Behandlung für Schwangerschaftsbeschwerden in Anspruch genommen wurden. Durch die Änderung würde auch zum Ausdruck gebracht werden, daß nicht jede Wöchnerin, die die geforderte Zeit der Versicherung gegen Krankheit aufweisen kann, Anspruch auf die Leistungen der Wochenhilfe hat, sondern nur solche weiblichen Personen, welche bei Eintritt des Versicherungsfalls (Schwangerschaft, Niederkunft) Mitglieder der Kasse sind, abgesehen vom § 214 RVO., wonach weibliche Kassenmitglieder, die in den zwölf Monaten vor Austritt aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung während 26 Wochen überhaupt oder unmittelbar vorher zusammenhängend während sechs Wochen gegen Krankheit versichert gewesen sind, bei Schwangerschaftsbeschwerden, die innerhalb drei Wochen nach dem Ausscheiden eintreten, einen Anspruch auf Schwangerhilfe haben. Bleibt das Wort „Wöchnerin" stehen, so würde sie die Beihilfe nicht erhalten können, weil sie nicht Wöchnerin ist und bei einer Niederkunft nach drei Wochen überhaupt keine Ansprüche gegen die Krankenkasse hat. Eine rechtliche Klarstellung der Ansprüche der weiblichen Kassenmitglieder erscheint also geboten.

Die meisten Einwendungen sind gegen die Regelung der Familienwochenhilfe geltend gemacht worden, so daß hier die durchgreifenden Änderungen in Aussicht genommen sind. Um die unterschiedliche Behandlung der versicherten Wöchnerinnen gegenüber den Wöchnerinnen aus dem Kreise der Familienangehörigen zu beseitigen, ist auch für den Bezug der Familienwochenhilfe die Zurücklegung der gleichen Versicherungsdauer wie bei den versicherten Wöchnerinnen vorgeschrieben. Diese muß in der Person des Kassenmitgliedes erfüllt sein. Zur Vermeidung von Doppelleistungen sind die für den Bezug der Wochenhilfe in Betracht kommenden Familienangehörigen der Versicherten nicht mehr als „versicherungsfrei" bezeichnet; auch bei den sonstigen Familienangehörigen, denen Familienkrankenpflege als Mehrleistung gewährt werden kann, ist das Wort „versicherungsfrei" beseitigt. Es ist dafür die zutreffende Erwägung maßgebend gewesen, daß Ehefrauen, Töchtern, Stief- und Pflegetöchtern der Versicherten ein Anspruch auf Wochenhilfe im Rahmen

der Familienhilfe nicht zustehen soll, wenn sie sich bereits durch eigene Versicherung darauf einen Anspruch erworben haben. Fortfallen soll das Erfordernis, daß die Ehefrau mit dem versicherten Ehemann zur Zeit der Niederkunft in häuslicher Gemeinschaft lebt. Wenn auch durch die Forderung des Zusammenlebens in den Fällen, in denen ein zeitweiliges örtliches Getrenntsein durch die Verhältnisse bewirkt wird, Härten entstehen können, so haben nach der jetzigen Fassung auch Ehefrauen für die im Ehebruch erzeugten Kinder Anspruch auf Leistungen der Wochenhilfe. Gegenüber den sonstigen Leistungen der Krankenversicherung ist zu beachten, daß die Leistungen der Wochenhilfe für Familienangehörige auch ruhen, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt nicht im Inland haben, während nach § 216, 218 RVO. das Ruhen der Leistungen der Krankenversicherung für Familienangehörige nur eintritt, wenn das betreffende Familienmitglied nach Eintritt des Versicherungsfalls sich ohne Zustimmung des Kassenvorstandes in das Ausland begibt. Sind infolge Versicherung beider Ehegatten mehrere Krankenkassen oder knappschaftliche Krankenkassen beteiligt, so ist fortan die Wochenhilfe nur einmal zu gewähren. Die Wahl der Kasse soll der Wöchnerin freistehen. Da der Anspruch auf Familienwochenhilfe ein Anspruch des Kassenmitgliedes ist (RVA. Entsch. v. 4. Juni 1918, Amtl. Nachr. S. 424, ArbVers. S. 550), so sollte die Wahl der Kasse dem Kassenmitglied vorbehalten bleiben. Dieser Rechtslage würde es mehr entsprechen, wenn bei gleichzeitiger Versicherung der Ehegatten die Kasse des Ehemanns als leistungspflichtig erklärt wird und, wenn beim Vorliegen der Versicherung bei verschiedenen Kassen, die andere Kasse verpflichtet wird, der leistungspflichtigen Kasse die Hälfte der Aufwendungen zu ersetzen. An den Fall, daß beide Ehegatten bei derselben Kasse versichert sind, ist nicht gedacht. Hier würde also der Anspruch auf Doppelleistungen im Rahmen der Familienhilfe bestehen bleiben.

Sowohl bei der Wochenhilfe der Kassenmitglieder als auch bei der Familienwochenhilfe geht bei einem Kassenwechsel des Mitgliedes nach § 212 RVO. die Leistungspflicht auf die neue Kasse über. Die daraus für die beteiligten Krankenkassen namentlich hinsichtlich der Unterverteilung nach § 197 RVO. entstehenden geschäftlichen Schwierigkeiten haben dazu geführt, die Weitergewährung der Leistungen der Wochenhilfe der Kasse zu belassen, der das Kassenmitglied zur Zeit seiner eigenen Niederkunft oder zur Zeit der Niederkunft seines Angehörigen angehört. Dieser Kasse obliegt die Abrechnung mit den Kassen, denen die Wöchnerin oder das Familienhaupt in dem Jahre vor der Entbindung angehört hat. Da die neue Kasse nach § 212 RVO. an sich leistungspflichtig wird, so muß sie der leistenden Kasse alle Aufwendungen vom Zeitpunkt des Kassenwechsels ab ersetzen. Bei Streit über diesen Erstattungsanspruch sind aber, da es sich nicht um zu Unrecht gewährte Leistungen im Sinne des § 224 Nr. 2 RVO. handelt, nicht die Behörden der Reichsversicherung, sondern die ordentlichen Gerichte zuständig.

In Preußen ist ein Gesetz in Aussicht genommen, welches die gewerbsmäßige Geburtshilfe ausschließlich von Hebammen ausüben lassen will, die von einem Kommunalverband für einen bestimmten Bezirk gegen festes Einkommen angestellt sind. Eine Erhebung von Hebammengebühren soll danach der Hebamme nicht zustehen. Um zu verhindern, daß die Wöchnerinnen die Pauschbeträge für die Hebammenhilfe bei der Niederkunft und bei der Schwangerschaft trotz unentgeltlicher Stellung der Hebamme durch den Kommunalverband in voller Höhe beziehen und die Krankenkassen den der Wöchnerin für die freie Gewährung der Hebammenhilfe von der Pauschsumme abzuziehenden Betrag behalten, ist die Landesgesetzgebung ermächtigt worden, vorzuschreiben, daß der Betrag, um den sich die Leistung an die Wöchnerin kürzt, von der Krankenkasse an den Kommunalverband zur Mitdeckung

seiner Ausgaben für das Hebammenwesen abzuführen ist.

Wichtig ist die Neuerung, daß der Anspruch der Wöchnerin gegen den unehelichen Schwängerer auf Unterhalt und Erstattung der Entbindungskosten (§ 1715 BGB.) nicht mehr kraft Gesetzes auf die Krankenkassen und bei der Wochenfürsorge auf das Reich übergeht. Damit ist die durch das Gesetz vom 26. September 1919 in entgegengesetztem Sinne getroffene Regelung wieder beseitigt. Für diese Änderung sind nach der Begründung folgende zutreffenden Erwägungen maßgebend gewesen:

„Der Ersatzanspruch läßt sich nur durchführen, wenn die Krankenkassen die Person des unehelichen Erzeugers kennen. Sie stoßen auf große Schwierigkeiten, wenn sie darüber Ermittlungen anstellen. Die Vormundschaftsgerichte usw. haben die Anträge auf Namensnennung vielfach abgelehnt, ebenso die Wöchnerinnen selbst. Weitere Erhebungen lassen sich meist nicht ohne ein Eindringen in intime persönliche Verhältnisse anstellen und rufen große Mißstimmung hervor. Als Unbilligkeit wird die Einziehung des Betrages namentlich in den zahlreichen Fällen empfunden, in denen die Eltern des Kindes zusammenleben oder der Vater die Mutter inzwischen geheiratet hat oder demnächst zu heiraten beabsichtigt. Wie die Bestimmung nach dem Gesetz vom 26. September 1919 lautet, gehört die Geltendmachung des Anspruchs zu den Pflichten der Krankenkassen. Sie müssen ihn also auch da geltend machen, wo sie selbst darin nach Lage des Falles eine Härte erblicken. Es kommt hinzu, daß die Durchführung des Anspruchs sehr häufig an den Schwierigkeiten des erforderlichen Nachweises der Vaterschaft oder an der Vermögenslosigkeit des unehelichen Vaters scheitert. Infolgedessen steht das finanzielle Gesamtergebnis der Vorschrift für die Kassen in starkem Mißverhältnis zu den damit verbundenen geschäftlichen Unzuträglichkeiten und zu der durch die Maßnahme in weiten Kreisen erregten Unzufriedenheit. Diese Umstände lassen es ratsam erscheinen, der Nationalversammlung die Wiederbeseitigung der Vorschrift in ihrem ganzen Umfang vorzuschlagen. Dabei mag noch darauf hingewiesen werden, daß der Anspruch aus § 1715 BGB. sich zwar rechtlich nicht als ein eigentlicher Unterhaltsanspruch darstellt, einem solchen jedoch teilweise nahekommt und ihm auch — beispielsweise im Konkursrecht — gleich behandelt wird. Auch dieser Umstand dürfte es rechtfertigen, ihn den Ansprüchen auf Schadensersatz gemäß § 1542 RVO. nicht gleichzustellen.

Da das Reich den Krankenkassen die Hälfte der Leistungen für Familienwochenhilfe ersetzen muß, auch die Wochenfürsorge von den Krankenkassen für Rechnung des Reiches gewährt wird, so entstehen den Krankenkassen dadurch Ausgaben, für die ihnen zunächst Deckungsmittel fehlen, zumal die Erstattung in beiden Fällen erst erfolgt, wenn der Unterstützungsfall abgeschlossen ist. Den Krankenkassen ist daher das Recht eingeräumt, vom Reich die Zahlung eines Vorschusses bis zu dem Betrage zu verlangen, den die Krankenkasse im voraufgegangenen Monat für das Reich verauslagt hat.

Bei der Wochenfürsorge soll im Gesetz zum Ausdruck gebracht werden, daß nur deutsche Wöchnerinnen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inlande haben, Anspruch auf Wochenfürsorge haben. Der Betrag des jährlichen Gesamteinkommens, der für den Begriff des Minderbemitteltseins maßgebend ist, ist bei verheirateten Wöchnerinnen von 2500 auf 4000 ℳ und bei unverheirateten Wöchnerinnen von 2000 auf 2500 ℳ erhöht. Beim Vorhandensein von Kindern erhöht sich der Höchstsatz des Gesamteinkommens statt um 250 ℳ um 300 ℳ für jedes Kind. In Übereinstimmung mit der Wochenhilfe ruhen die Leistungen der Wochenfürsorge fortan auch in den Fällen des § 216 RVO., während eine Kapitalabfindung bei Verzug ins Ausland auch bei der Wochenfürsorge nach Maßgabe des für anwendbar erklärten § 217 RVO. zulässig ist. Die Zahlung der Leistungen der Wochen-

fürsorge im Wege der Rechtshilfe (§§ 219, 220, 222 RVO.) ist fortgefallen, da die RVO. eine solche für die Wochenhilfe nicht kennt. Die Bekanntmachungen, betreffend Wochenhilfe während des Krieges vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) und betreffend Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) mit ihren Nachträgen, sind immer noch nicht aufgehoben, obwohl ein Bedürfnis für ihren Fortbestand nicht angenommen werden kann. Dagegen ist ausdrücklich und in Übereinstimmung mit der Bekanntmachung vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085) den Krankenkassen die Befugnis beigelegt, das Wochengeld höher als das Krankengeld bis zur Höchstgrenze von drei Viertel des Grundlohns zu bemessen. Die Erhöhung der Leistungen an Ehefrauen der Kriegsteilnehmer soll am 10. Januar 1920 in Kraft treten. Nicht gelöst ist die Streitfrage nach dem Anspruch landwirtschaftlich Beschäftigter, die nach § 420 RVO. einen Anspruch auf Barleistungen nicht haben, auf Wochenhilfe und Familienwochenhilfe. Mit einer Ergänzung des § 425 RVO. durch Anfügung der Worte „und der Leistungen der Wochenhilfe" an das Wort „Sterbegeldes" würde die dringend wünschenswerte Klarheit erreicht werden.

Vorschläge zur Neugestaltung der Wochenhilfe.

Von Friedrich Kleeis in Halle a. S.

Das Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 enthält nach Ansicht aller Fachleute so viele Mängel und Lücken, daß seine baldigste Neugestaltung unerläßlich ist. Die Regierung selbst hat auch schon in Aussicht gestellt, daß der Entwurf eines Abänderungsgesetzes der Nationalversammlung demnächst vorgelegt werde. Da erscheint es zweckmäßig, einige Vorschläge zu machen, wie das Gesetz verbessert werden kann. Als Ganzes genommen hat es die Zustimmung weiter Kreise gefunden; umgestaltet müssen nur eine Reihe Einzelbestimmungen werden.

Was zunächst den Kreis der Anspruchsberechtigten anbetrifft, so besteht ein großer Mangel darin, daß die von der Krankenversicherung Befreiten für ihre Person und ihre Familienangehörigen von der Fürsorge ausgeschlossen sind. Das Gesetz enthält wohl in § 12 die Bestimmung: Sind in der Landwirtschaft Beschäftigte oder Dienstboten von der Versicherungspflicht befreit, so hat der Arbeitgeber den versicherungsfreien weiblichen Familienmitgliedern der Befreiten die Wochenhilfe aus eigenen Mitteln zu gewähren, doch ist die Einrichtung gegenstandslos geworden, weil es solche Befreite nicht mehr gibt. Dagegen sind die auf Grund der §§ 169 bis 172 RVO. Befreiten von der Fürsorge ausgenommen. Hierbei handelt es sich um Personen, die wirtschaftlich gar nicht besser dastehen wie die anderen Versicherten. Sind doch schon die Voraussetzungen für die Befreiung recht geringfügige. Weiterzahlung des Gehalts im anderthalbfachen Betrag des Krankengeldes während der Zeit der Erwerbsunfähigkeit genügt. Die Befreiungen von der Versicherung unter solchen Voraussetzungen mochten vielleicht einen Sinn haben, als die Leistungen der Krankenkassen fast ausschließlich in der Gewährung eines Krankengeldes, häufig nur in der Hälfte des ortsüblichen Tagelohns, bestanden. Seitdem aber die Fürsorge der Krankenversicherung ganz gewaltig ausgebaut, seitdem namentlich die Familienhilfe mehr und mehr eingeführt worden ist, sind die Befreiungen ohne einen entsprechenden gleichwertigen Ersatz auf andere Leistungen eine große Härte und Benachteiligung der Befreiten. Viele Eisenbahner, Briefträger usw. sind ungehalten darüber. Das beste wäre, diese Befreiungen würden überhaupt „abgebaut". Zum mindesten sollte dem Befreiten nicht eine so löbliche Einrichtung wie die Wochenhilfe

streitig gemacht werden. Wenn nicht anders, so bestimme man, daß sie der Arbeitgeber zu leisten hat.

Die Familienhilfe, soweit sie in der Form der Wochenhilfe besteht, ist bekanntlich Regelleistung der Krankenkassen geworden. Infolgedessen ist es auch nicht angängig, eine besondere Wartezeit für den Anspruch auf sie, wie § 195a RVO. für die versicherten Wöchnerinnen, einzuführen. Das führt nun zu Widersinnigkeiten, denn es ist doch nicht zu verstehen, daß ein heute der Krankenkasse beigetretenes, noch niemals versichertes Mitglied für seine morgen entbundene, bisher ebenfalls „versicherungsfreie" erwachsene Tochter vollen Anspruch auf die Wochenhilfe haben soll, während die alleinstehende, durch eigenen Erwerb ihr Dasein fristende Wöchnerin, die selbst Beiträge zahlt, erst die bekannte einhalbjährige Mitgliedschaft im letzten Jahr vor der Entbindung nachweisen muß. Die Tatsache ist daraus zu erklären, daß die nicht selbst versicherten Wöchnerinnen durch Einführung einer Wartezeit vielfach schlechter gestellt würden, als bisher. Denn viele Kassen, die früher schon Wochenhilfe in der Form der Familienhilfe hatten, bestimmten dafür keine Wartezeit. Es ist nun, wie die Reichsregierung mitteilt (ArbVers. 1920 S. 33), gleichwohl eine Änderung des Gesetzes in Aussicht genommen, nach der eine solche Wartezeit eingeführt wird. „Dadurch werde zugleich einem aus den Kreisen der Kassenverbände geäußerten Wunsche Rechnung getragen." Richtig ist, daß die Anspruchsrechte der selbstversicherten Wöchnerinnen, wie jener, die auf dem Wege der Familienhilfe zu der Fürsorge gelangen, gleichgestellt werden müssen. Aber nicht dadurch, daß letztere schlechter gestellt werden! Vielmehr muß endlich einmal die in § 195a RVO. vorgesehene Wartezeit beseitigt oder gemildert werden. Sie steht nun dreißig Jahre im Gesetz und hat sich „wie eine ewige Krankheit" fortgeerbt. Ihr Sinn paßt nicht mehr in den Geist der neuen Zeit. Nachdem die Mutterschaftsfürsorge eine so großzügige sachliche Ausgestaltung erfahren hat, dürfen solche Bollwerke gegen ihre Erlangung nicht bestehen bleiben.

Zu vielfachen Deutungen hat das Wort „versicherungsfreie" Ehefrauen in § 10 des Gesetzes vom 26. September 1919 geführt. Für den praktischen Gebrauch ist weder mit der einen Auslegung, daß darunter überhaupt nicht versicherte Familienangehörige zu verstehen sind, noch mit der anderen, daß darunter nichtversicherungspflichtige gemeint sind, etwas anzufangen. Im ersteren Falle würden Wöchnerinnen ausgeschlossen sein, die zwar versichert sind, aber im Hinblick auf die eben besprochene Fassung des § 195a RVO. keinen Anspruch haben, im anderen Falle würden Doppelansprüche (für freiwillig versicherte Familienangehörige) entstehen. Richtig wird es heißen müssen: „Familienangehörige (Ehefrauen usw.) des Kassenmitgliedes, die mit diesem in häuslicher Gemeinschaft leben, soweit sie nicht auf Grund eigener Versicherung einen Anspruch haben, erhalten" usw. Daß für den Fall, daß der Vater und die Mutter einer unverheirateten Wöchnerin Mitglieder verschiedener Kassen sind, als leistungspflichtig die Kasse des versicherten Vaters bezeichnet werden muß, bedarf keiner näheren Erörterung.

Was den Begriff „minderbemittelt" im § 17 des Gesetzes anbetrifft, muß bei der Neugestaltung beachtet werden, daß inzwischen eine weitere erhebliche Geldentwertung stattgefunden hat. Es müssen die Einkommensgrenzen von 2000 M. für eine ledige, 2500 M. für eine verheiratete und 250 M. für ein Kind erheblich hinaufgesetzt werden. Gesunde und erwerbstätige Personen haben heute in der Regel ein höheres Einkommen.

Das Maß der Fürsorge selbst muß auch mehrfach neugestaltet werden. Eine Lücke der gegenwärtigen Einrichtungen ist die ganz unzulängliche Schwangerenunterstützung. Und doch ist gerade sie sehr nötig. Nur selten wird eine Wöchnerin bis zum Tage ihrer Ent-

bindung arbeiten, — und wenn sie es tut, wird es von größtem Nachteil für Mutter und Kind sein. In der Regel wird sie die Beschäftigung einige Zeit vorher aufgeben. Dann ist sie aber gänzlich ohne Unterstützung. Das Gesetz sagt nur ganz nebenher und in verschleierter Form in § 195a, daß von den zehn Wochen Unterstützung „mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen". Mit dieser Vorschrift wissen die Laien nichts anzufangen und die Krankenkassen lehnen, mangels einer ausdrücklich ausgesprochenen Pflicht, eine Fürsorge vor der Entbindung meist ab. Das Gesetz muß diese Pflicht mehr herausarbeiten, vielleicht so, daß jene vier Wochen Unterstützung vor der Entbindung auf alle Fälle auf Verlangen gewährt werden müssen und daß dann, wenn es geschieht, nach der Entbindung nur noch sechs Wochen bezahlt zu werden brauchen, es sei denn, daß weiter dauernde Erwerbsunfähigkeit nachgewiesen wird. Der Stillgeldbezug könnte verlängert werden, vielleicht auf 15 Wochen, da nachgewiesenermaßen sehr häufig länger wie 15 Wochen gestillt wird. Die Mindestbeträge von 1,50 M. für das Wochengeld und 75 Pf. für das Stillgeld sollten entsprechend der weiter gesunkenen Kaufkraft des Geldes erhöht werden.

Der größte Mangel besteht zweifellos in der neuen Gestalt des § 1542 RVO. und in dem § 21 des Gesetzes vom 26. September 1919, wonach bei unehelichen Geburten die Krankenkassen und das Reich ihre Aufwendungen von den Vätern des Kindes zurückfordern sollen. Hier offenbart sich eine recht rückständige soziale Auffassung, die noch dazu zu allerlei Verwaltungsschwierigkeiten führt. Man war froh, daß nach der Einführung der Reichsversicherungsordnung mit ihrem etwas veränderten Wortlaut die Rückforderei langsam aufhörte, und jetzt ist sie allgemein hergestellt worden. Dadurch wird in zahlreichen Fällen die Wohltat des Gesetzes geradezu in eine Plage umgewandelt. Vor allem schädigt sie die unverheirateten Wöchnerinnen. Sie zahlen doch so gut ihre Beiträge wie die verheirateten. Meist wird der Fall so liegen: Die Wöchnerin hat schon infolge ihrer Zwangsmitgliedschaft seit einer Reihe von Jahren Beiträge gezahlt. Seitdem infolge ihrer Schwangerschaft erfolgten Ausscheiden aus der Beschäftigung bezahlt sie die Beiträge freiwillig voll aus ihren eigenen Mitteln, um sich die Anrechte an die Kasse zu wahren. Sie hat einen Bräutigam, mit dem sie schon lange verkehrt; sie konnten nicht heiraten, weil die Mittel zu einem Haushalt nicht hinreichten. Wer kann jetzt heiraten, wo der einfache Schrank 1000 M., der Stuhl etwa 100 M. kostet? Und dann ist keine Wohnung zu haben! In manchen Orten wird die Annahme des Aufgebots vom Standesamt davon abhängig gemacht, daß eine Wohnung nachgewiesen wird. In der Regel besteht zwischen der Wöchnerin und ihrem Bräutigam auch ein intimes wirtschaftliches Verhältnis. Letzterer unterstützt oft schon, so gut er kann. Nun soll er alles das, was die Wöchnerin von der Krankenkasse erhalten hat, auf Heller und Pfennig zurückzahlen! Nicht selten ist inzwischen die Heirat wirklich vollzogen worden, so daß der Mann die Unterstützung für seine Frau zurückzahlen muß! Ja, warum hat denn die Frau die Versicherung freiwillig während ihrer Schwangerschaft fortgesetzt und noch dafür hohe Beiträge zum Fenster hinausgeworfen? Selbst aber wenn diese innige wirtschaftliche Gemeinschaft zwischen Wöchnerin und Kindesvater nicht besteht, selbst wenn sie sich todfeindlich gegenüberstehen, ist die Wöchnerin die Geschädigte. Insoweit nämlich der Vater an die Kasse Beiträge zurückzahlen muß, braucht er der Wöchnerin nichts zu geben (denn doppelt braucht er nicht zu zahlen), im anderen Falle hat aber die Wöchnerin doppelten Anspruch, nämlich an die Kasse und an den Vater. Da die Kasse ohnehin nicht soviel zahlt, daß die Wöchnerin davon leben kann (mit der Unterstützung allein auskommen, hieße verhungern), so kann sie die doppelte Fürsorge gut gebrauchen. Daß die neue Einrichtung eine „sittliche" und „erzieherische" Wirkung nach der Richtung ausüben werde, daß die Zahl der

unehelichen Geburten abnimmt, glauben die Väter des Gedankens, die Zentrumleute, wohl selbst nicht. Ist es doch noch gar nicht lange her, daß man der unehelichen Geburt jeden Makel nehmen wollte. Die Sozialdemokraten hätten diesen Zentrumswünschen nicht zustimmen sollen. Jetzt bei der Gesetzesänderung ist es Zeit, den Fehler wieder gutzumachen. Das wird um so früher angängig sein, als jetzt festgestellt wird (vgl. Hoffmann, ArbVers. 1920 S. 123), daß die Ergänzung des § 1542 RVO. nur aus Irrtum geschehen ist.

Es werden noch andere Unebenheiten zu beseitigen sein, worüber noch Beratungen im Ausschuß der Nationalversammlung stattzufinden haben. Hoffentlich werden diese nicht überstürzt wie das letztemal, worauf ja zum guten Teil die Mängel des Gesetzes beruhen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Beschäftigungsort bei Bauten außerhalb des Betriebsbesitzes der Baufirma.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 22. Dezember 1919 (Aktenzeichen II K 7/17 B).

Während des Krieges haben zahlreiche B.'er Baugeschäfte im Auftrage der Heeresverwaltung Bauten in Sp. ausgeführt. Hierzu haben die Firmen .... gehört. Über die Kassenzugehörigkeit der bei diesen Bauten beschäftigten Arbeiter ist zwischen der Ortskrankenkasse der Maurer in Sp. und der Ortskrankenkasse für das Maurergewerbe in B., an die die Arbeitgeber Beiträge geleistet haben, Streit entstanden. Auf Antrag der letztgenannten Kasse hat das Versicherungsamt der Stadt Sp. die Zugehörigkeit der in Sp. beschäftigten Arbeiter der genannten Firmen zu der Ortskrankenkasse der Maurer in Sp. ausgesprochen. Hiergegen hat die Ortskrankenkasse für das Maurergewerbe in B. Beschwerde eingelegt. Das Oberversicherungsamt hat die Sache an das Reichsversicherungsamt gemäß § 1799 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung abgegeben. Das Reichsversicherungsamt hat die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Es ist davon auszugehen, daß nach dem Willen des Gesetzgebers, wie er im § 234 RVO. unzweideutigen Ausdruck gefunden hat, für die Zuständigkeit der Krankenkassen regelmäßig der Beschäftigungsort maßgebend ist. Beschäftigungsort ist aber nach § 153 Abs. 1 RVO. der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet. Vorliegend ist also die Ortskrankenkasse der Maurer in Sp., in deren Bezirk die Baustellen gelegen sind, zuständig, sofern nicht einer der Ausnahmefälle zutrifft, in denen nach § 153 Abs. 2 bis 4, §§ 154, 155 a. a. O. an Stelle des tatsächlichen ein fingierter Beschäftigungsort tritt. Das ist jedoch zu verneinen. Die Abs. 2 bis 4 des § 153 treffen schon deshalb nicht zu, weil sie sämtlich voraussetzen, daß eine von dem augenblicklichen tatsächlichen Beschäftigungsorte verschiedene feste Arbeitsstätte (Betriebsdienststätte) vorhanden ist, an der die Arbeiter sonst tätig sind (Abs. 2) oder von der aus (Abs. 3) oder außerhalb deren (Abs. 4) sie beschäftigt werden. Denn zunächst steht überhaupt nicht fest, ob die Firmen an ihrem Betriebssitze eine feste Arbeitsstätte hatten; sollte es der Fall sein, so würde es sich vermutlich nur um einen Platz zur Lagerung von Gerätschaften, Bearbeitung von Brettern oder zu ähnlichen Zwecken handeln. Keineswegs würde es aber die Arbeitsstätte sein, von der aus die in Sp. tätigen Arbeiter beschäftigt wurden. Denn auch soweit sie nicht für diese Arbeit in der Umgebung der Baustelle angenommen waren, sondern zu dem regelmäßigen Arbeiterstamme der Firma gehörten, würden sie auf der etwaigen Arbeitsstätte am Betriebssitze entweder gar nicht oder nur im geringen Maße beschäftigt gewesen sein. Für alle Hoch- und Tiefbaubetriebe tritt naturgemäß der Lagerplatz oder die feste sonstige Arbeitsstätte am Betriebssitze der Firma in den Hintergrund gegenüber den Plätzen, auf denen sich ihre Bautätigkeit jeweils abspielt. Hier entsteht, wenn es sich nicht um Bauarbeiten von untergeordneter Bedeutung handelt, eine eigene „Arbeitsstätte" der ausführenden Firma im Sinne des § 153 a. a. O., die dann mit dem Arbeitsort (vgl. § 153 Abs. 4 a. a. O.) der Arbeiter zusammenfällt, so daß für deren Kassenzugehörigkeit ihr tatsächlicher Beschäftigungsort maßgebend ist. Daß dies auch der Wille des Gesetzgebers gewesen ist, geht aus der Begründung zur Reichsversicherungsordnung zweifelsfrei hervor, wo es auf S. 76 heißt: „Nehmen die Arbeiten am fremden Ort einen solchen Umfang und eine solche Dauer an, wie beispielsweise bei einer Monate hindurch währenden Bauausführung, so kann für die Personen, welche die Arbeit auszuführen haben, nicht mehr von einer nur vorübergehenden Beschäftigung gesprochen werden. Bei der Dauer ihrer Beschäftigung an einer auswärtigen Arbeitsstätte solcher Art gewinnen sie zu deren Ort ohnehin so viele Berührungspunkte, daß ihnen ohne Unbilligkeit und ohne allzu große Unbequemlichkeit für sie selbst und ihre Arbeitgeber wohl auch zugemutet werden darf, als Mitglieder bei der dort örtlich zuständigen Krankenkasse einzutreten. Der Entwurf hat demgemäß im § 165 den Ausdruck »feste Arbeitsstätte« im be-

absichtigten Gegensatz zu dem Sitz des Betriebes gewählt, sofern dieser sich an einem anderen Orte befindet." Somit hat der Gesetzgeber in bewußter Abweichung von der herrschenden Rechtsübung unter der Geltung des Krankenversicherungsgesetzes bei örtlicher Verschiedenheit von Betriebssitz und tatsächlichem Arbeitsort dem letzteren maßgebende Bedeutung für die Kassenzugehörigkeit der Arbeiter beigelegt, und zwar sollte das, wie das gewählte Beispiel zeigt, gerade auch für die Baubetriebe gelten. Freilich wird die Annahme der Begründung, daß die Arbeiter bei längerer Dauer der Beschäftigung zu deren Ort in nähere Beziehung zu treten pflegen, für großstädtische Verhältnisse nicht allgemein zutreffen, da viele Arbeiter abends nach ihrer gewöhnlichen Wohnstätte zurückkehren. Indessen kann dieser Umstand bei der klar zutage tretenden Absicht des Gesetzgebers nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein. Da vorliegend mehrere Monate hindurch währende Bausausführungen in Frage stehen, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß an ihrem Orte eine „feste Arbeitsstätte" im Sinne des § 153 entstanden ist, die mit dem tatsächlichen Arbeits- bzw. Beschäftigungsorte der Arbeiter zusammenfällt. Ob dort ein besonderes Baubureau bestanden hat und welches Maß von Selbständigkeit der örtlichen Bauleitung eingeräumt worden ist, ist demgegenüber unerheblich. Die Arbeiter waren also während ihrer Tätigkeit in Sp. nicht außerhalb der festen Arbeitsstätte beschäftigt; das ist aber die gemeinsame Voraussetzung der Anwendbarkeit der Abs. 2 und 4 des § 153 a. a. O. Ebensowenig trifft § 154 a. a. O., wonach für Beschäftigungsverhältnisse ohne feste Betriebsstätte als Beschäftigungsort der Sitz des Betriebes gilt, hier Platz, da, mochten die Firmen am Betriebssitze eine feste Betriebsstätte haben oder nicht, sie jedenfalls für die Arbeiten in Sp. dort eine feste Arbeitsstätte befaßen, ein Beschäftigungsverhältnis ohne feste Betriebsstätte also nicht vorlag. Es geht auch nicht an, das Vorliegen einer festen Betriebs- oder Arbeitsstätte deshalb zu verneinen, weil sie für einzelne in Frage kommende Arbeiter keine solche ist. Die Vorschrift des § 154 a. a. O. bezieht sich nach der Begründung auf Fälle, in denen wegen der kurzen Dauer und des geringen Umfanges der verschiedenen Einzeltätigkeiten überhaupt keine feste Arbeitsstätte angenommen werden kann. Da die Einzeltätigkeiten einerseits von den Arbeitern, anderseits für den Unternehmer verrichtet werden, so setzt die Vorschrift voraus, daß sowohl der Arbeiter keinen bestimmten dauernden Arbeitsort als auch der Unternehmer keine feste Betriebsstätte hat (vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1 zu § 154). Endlich treffen auch die Voraussetzungen des § 155 a. a. O. nicht zu, da die Firmen keine „Betriebsverwaltungen" sind. Zudem geht aus der Entstehungsgeschichte der Vorschrift hervor, daß hierbei lediglich an Arbeiter gedacht ist, die unter stetem Wechsel der Arbeitsstelle dauernd in verschiedenen Gemeindebezirken beschäftigt werden, wie dies z. B. in der Wege- und Wasserbauverwaltung häufig vorkommt (vgl. Hanow, Kommentar zum ersten Buche der Reichsversicherungsordnung, Anm. 1 zu § 155 RVO.). Es muß also, da die Ausnahmevorschriften in § 153 Abs. 2 bis 4, §§ 154 bis 155 sämtlich versagen, bei der allgemeinen Regel des § 153 Abs. 1 verbleiben. Hieraus ergibt sich die Zuständigkeit der Ortskrankenkasse der Maurer in Sp. als der Ortskrankenkasse des Beschäftigungsorts.

Das Reichsversicherungsamt verkennt nicht, daß diese Regelung für die Beteiligten Mißstände im Gefolge hat. Insbesondere erwächst den Firmen, die gleichzeitig an mehreren Orten Bauarbeiten ausführen und einen festen Arbeiterstamm je nach Bedarf bald hier bald dort beschäftigen, durch die fortgesetzte An- und Abmeldung bei verschiedenen Kassen eine erhebliche Arbeitslast. Ebenso werden auch unter Umständen die Arbeiter empfindlich getroffen, denen die an eine längere Kassenzugehörigkeit geknüpften Vergünstigungen entgehen und die, wenn sie ihren gewöhnlichen Wohnort behalten haben, sich in Krankheitsfällen an eine entfernte Kasse wenden müssen, zu der sie sonst keine Beziehungen haben. Endlich bringt dieses Ergebnis auch für die Krankenkassen der Großstädte, in denen die Baufirmen ihren Betriebssitz haben, eine vermehrte Arbeitslast, ein fortwährendes Schwanken des Mitgliederbestandes und die Gefahr mit sich, daß ihnen durch die Errichtung von Betriebskrankenkassen seitens der großen Baufirmen ein beträchtlicher Teil ihres früheren Mitgliederbestandes verloren geht. Auf der anderen Seite darf nicht übersehen werden, daß, wenn der Betriebssitz der Firma allein für maßgebend erklärt werden würde, die am Orte der Bauausführung angenommenen Arbeiter aus ihrer örtlichen Kasse herausgenommen und vorübergehend einer großstädtischen Kasse zugewiesen würden, mit der sie sonst in keiner Verbindung stehen. Den Bedürfnissen des Lebens würde daher am ehesten eine Regelung gerecht, die den festen Arbeiterstamm der Baufirma allgemein oder jedenfalls bei Bauten in nicht zu großer Entfernung vom Betriebssitz bei der für den letzteren zuständigen Kasse beließe, die lediglich für bestimmte Bauten angenommenen Arbeiter dagegen der Kasse des Beschäftigungsortes zuwiese. Hieraus würden die aus dem steten Wechsel der Kassenzugehörigkeit entstehenden Mißstände für Arbeitnehmer und Kassen in der Hauptsache beseitigt und auch die Arbeitslast der Arbeitgeber auf ein erträgliches Maß herabgesetzt. Im Wege einer auch möglichst weitherzigen Gesetzesauslegung kann aber bei dem Wortlaut des Gesetzes und dem zweifelsfrei erkennbaren Willen des Gesetzgebers eine derartige Regelung nicht getroffen werden.

B. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung, betreffend die Durchführung des § 258 Ziffer 3 des Gesetzes über das Branntweinmonopol vom 26. Juli 1918 (RGBl. S. 887).

Vom 7. März 1920 (RGBl. S. 312).

Auf Grund der Artikel 56 und 77 der Verfassung des Deutschen Reiches (RGBl. S. 1383) wird folgendes bestimmt:

§ 1. — Zur Verteilung des gemäß § 258 Ziff. 3 des Gesetzes über das Branntweinmonopol aus den Monopoleinnahmen zur Verfügung gestellten Betrages haben vom 1. Oktober 1919 ab die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die knappschaftlichen Krankenkassen bis zum fünfzehnten Tage jedes Monats dem Statistischen Reichsamt eine Nachweisung über ihren Mitgliederbestand im voraufgegangenen Monat einzureichen. Das gleiche gilt für Ersatzkassen bezüglich der versicherungspflichtigen Mitglieder.

§ 2. — Die Orts- und Landkrankenkassen haben den Vordruck 1, die Betriebs- und Innungskrankenkassen den Vordruck 2, die knappschaftlichen Krankenkassen den Vordruck 3 und die Ersatzkassen den Vordruck 4 zu benutzen.

Bestehen für die Kasse Zahl- und Meldestellen, so hat der Kassenvorstand für eine möglichst schnelle Berichterstattung über die bei ihnen angemeldeten Personen Sorge zu tragen.

Für diese Berichterstattung kann der Vordruck 5 und für die Zusammenstellung der Ergebnisse der Vordruck 6 benutzt werden.

§ 3. — Die Vordrucke werden den Kassen vom Statistischen Reichsamt durch Vermittlung der Aufsichtsbehörden zur Verfügung gestellt.

§ 4. — Die Kassen können zur Behebung von Zweifeln über Art und Umfang der Ausfüllung der Vordrucke mit dem Statistischen Reichsamt in unmittelbaren Geschäftsverkehr treten.

§ 5. — Die Versicherungsämter haben ein Verzeichnis über Namen und Sitz der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen innerhalb ihres Bezirkes sowie der Zahl- und Meldestellen dieser Kassen nach dem Stande vom 1. Oktober 1919 dem Statistischen Reichsamt einzusenden. Die gleiche Verpflichtung haben die Aufsichtsbehörden der knappschaftlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen. Änderungen der Verzeichnisse sind sofort dem Statistischen Reichsamt anzuzeigen.

§ 6. — Die im § 1 bezeichneten Kassen haben die Nachweisungen für die Monate Oktober 1919 bis März 1920 spätestens bis zum 15. April 1920 einzureichen.

§ 7. — Kassen, welche die Nachweisungen unzureichend ausgefüllt oder nicht rechtzeitig einsenden, haben auf eine Berücksichtigung bei der Verteilung der in den Reichshaushaltsplan eingestellten Beträge aus der Monopoleinnahme nicht zu rechnen.

§ 8. — Der vom 1. Oktober 1919 bis zum 31. März 1920 bereitgestellte Betrag von acht Millionen Mark wird bei der Verteilung der für das folgende Rechnungsjahr zur Verfügung gestellten Mittel berücksichtigt.

Anm.: Zu vgl. ArbVers. 1918 S. 959 und 1919 S. 200 Ziff. 6.

Für das Sterbegeld nach § 202 RVO. kann auch eine Mehrleistung nach § 204 in Betracht kommen.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Berlin** vom 25. Oktober 1919.

Bei der Beurteilung des Streitfalles, ob ein Anspruch der Versicherten gegen die Kasse anläßlich des Sterbefalles auf Regelleistungen oder auf satzungsmäßige Mehrleistung besteht, ist einmal davon auszugehen, daß der Sterbefall einen selbständigen Versicherungsfall darstellt, und zweitens, daß bei Eintritt des Versicherungsfalles am 25. März 1918 nicht die Vorschriften der Satzung in der Fassung vom 22. Juli/1. August 1913 in Kraft waren, sondern daß dafür der Mehrleistungen wieder einführende Beschluß des Versicherungsamts vom 26. Oktober 1915, in Kraft getreten am 8. November 1915, den Rechtsboden bildet.

§ 202 RVO. räumt nun den durch die Kasse mit Krankenhilfe abgefundenen („ausgesteuerten") Versicherten einen Anspruch auf Sterbegeld ein, das sich zunächst nach § 201 RVO. bemißt (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., 8. und 9. Aufl., Anm. 1 und 2 zu § 202). Sein Wortlaut in Verbindung mit dem des § 204 RVO. schließt aber nicht, wie das im § 214 RVO. geschehen ist, die Gewährung von Mehrleistungen durch die Satzung aus. Tatsächlich war durch die am 4. August 1914 außer Kraft gesetzte Kassensatzung (Abs. 2 ihres § 32) auch für den Sterbefall aus § 202 RVO. ein Anspruch auf das höhere Sterbegeld der Satzung eingeräumt. Es kann jedoch aus dem Wortlaut des mehrfach erwähnten Beschlusses vom 26. Oktober 1915 nicht gefolgert werden, daß an diese Satzungsbestimmung wieder angeknüpft werden sollte, weil ausdrücklich diese wiedereinzuführenden Mehrleistungen nur „Mitgliedern" (die außerdem eine bestimmte Wartezeit zurückgelegt haben mußten) zugebilligt werden sollten.

Die Berufung des Klägers gegen diese Entscheidung ist durch Urteil des Oberversicherungsamts Groß-Berlin v. 21. 1. 20, im wesentlichen aus den Gründen der Vorentscheidung, zurückgewiesen worden.

Häusliche Gemeinschaft als Voraussetzung der Familienwochenhilfe.

Bescheid des **Reichsarbeitsministeriums** vom 19. Februar 1920 (II 1133).

In Übereinstimmung mit dem zur Sache gehörten Reichsversicherungsamt wird diesseits zunächst angenommen, daß eine gesetzliche Umschreibung des Begriffs „häusliche Gemeinschaft" im § 10 (§ 205a) des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 nicht notwendig,

die Auslegung vielmehr der Rechtsprechung zu überlassen sein dürfte. Daß es sich um eine Gemeinschaft von einer gewissen Dauer handeln muß, und daß ein nur vorübergehendes oder gerade nur zum Zwecke der Erlangung von Leistungen der Reichsversicherung bewirktes Zusammenleben nicht ausreichend ist, dürfte wohl allgemein anerkannt sein. Wegen der Rechtsprechung in dieser Frage wird insbesondere auf die Revisionsentscheidung 1895 (Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 694) verwiesen.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1919 S. 191 ff.)

Nr. 360. Als wesentlich unterhalten im Sinne des § 60 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gilt derjenige, dessen Lebensunterhalt durch Wegfall der Unterstützung gefährdet würde.

Nr. 361. Der Anspruch auf Abfindung nach § 60 des Versicherungsgesetzes für Angestellte setzt die Zurücklegung einer Wartezeit von 60 Beitragsmonaten auf Grund der Versicherungspflicht voraus.

Nr. 362. 1. Als Beitragsmonate für die Erfüllung der Wartezeit gelten auch Monate, in denen der Versicherte nur zeitweise beschäftigt worden ist. Der Tod des Versicherten im letzten Monat der Wartezeit hindert nicht die Anrechnung dieses Monats auf die Wartezeit.

2. Zu den reichsgesetzlichen Leistungen im Sinne des § 382 Abs. 1 Satz 1, 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gehört auch die Beitragserstattung gemäß § 398 a. a. O.

3. Ein Zwischenbescheid des Rentenausschusses, der den erhobenen Anspruch dem Grunde nach anerkennt, ist nur ausnahmsweise zulässig.

Nr. 363. Ist eine Versicherte infolge Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden, hat sie aber nach der Verheiratung die Versicherung freiwillig fortgesetzt, so kann sie nicht nachträglich Beitragserstattung auf Grund des § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte fordern.

Nr. 364. Zu Beanstandungen gemäß § 208 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist auch der Rentenausschuß berechtigt.

Nr. 365. Sind die Rechte aus einem Lebensversicherungsvertrage an die Ehefrau des Versicherungsnehmers abgetreten, so kann dieser Befreiung von der eigenen Beitragsleistung nach § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht verlangen.

Nr. 366. Gestundete freiwillige Beiträge können auch nach dem Tode des Versicherten rechtswirksam entrichtet werden.

D. Zur Militärversorgung.

Zum Begriffe der durch den Krieg herbeigeführten Dienstbeschädigung (§ 14 Mannsch. Vers. Ges.).

Urteil des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** (2. Sen.) vom 17. Dezember 1919.

Ein ehemaliger Militärkrankenwärter ist beim Ausladen eines Krankentransportes im Hilfslazarett im Heimatgebiet infolge eines Fehltrittes mit der linken Schulter an eine Säule am Eingang des Saales geschlagen; als Folge dieses Unfalles trat vom August 1916 ab eine Knochenhautentzündung am linken Oberarm, an der linken Hüfte und am linken Fuß auf. Das Versorgungsamt hat das Vorhandensein einer Dienstbeschädigung festgestellt und eine Rente von 25 v. H. der Vollrente zuerkannt, die Voraussetzungen für die Gewährung einer Kriegszulage aber verneint. In seiner Berufung führte der Versorgungsberechtigte aus, er habe deshalb Anspruch auf die Kriegszulage, weil er sich „sein Leiden während der Kriegszeit zugezogen habe". Das Militärversorgungsgericht hat in seinem Urteil dem Anspruch stattgegeben mit der Begründung, der Wiederauftritt der Entzündung sei „auf die Dienstverrichtungen, die durch die besonderen Verhältnisse des Krieges veranlaßt waren, zurückzuführen". Das Reichsarbeitsministerium hat für den Reichsfiskus hiergegen rechtzeitig Rekurs eingelegt und geltend gemacht, daß der Unfall in keinem Zusammenhang mit den besonderen Verhältnissen des Krieges stehe. Das Reichs-Militärversorgungsgericht hat dem Rekurse stattgegeben aus folgenden Gründen:

Den Ausführungen in den Gründen des angefochtenen Urteils kann nicht beigetreten werden. § 14 MVG. macht die Gewährung der Kriegszulage davon abhängig, daß die „Erwerbsfähigkeit infolge einer durch den Krieg herbeigeführten Dienstbeschädigung aufgehoben oder gemindert ist". Der Wortlaut dieser Vorschrift läßt zunächst eine mehrfache Auslegung zu; es ist daher auf die Entstehungsgeschichte des § 14 MVG. zurückzugreifen.

Im § 12 des Gesetzes vom 6. Juli 1865, betreffend die Versorgung der Militärinvaliden, ist bestimmt, daß „Soldaten, welche vor dem Feind verwundet und infolgedessen zur Fortsetzung des Dienstes unfähig geworden sind", zu der erdienten Pension jeder Klasse eine Zulage von 1 Taler monatlich erhalten sollen. Die Begründung hierzu bemerkt:

„Wenn der Soldat bewußt im Kampf sein Leben einsetzt und bei Ausübung dieser höchsten militärischen Leistung nachträgliche Folgen nicht ausbleiben, so ist er besonderer Anerkennung wert, die der neue § 13 (im Gesetz § 12) ihm zuwenden soll."

Im § 71 des Gesetzes vom 27. Juni 1871 tritt an die Stelle der „Verwundungszulage" die „Pensionszulage". Im Entwurf zu diesem Gesetz ist noch vorgesehen, daß die Verwundungszulage nur Unteroffizieren und Soldaten, welche durch Verwundung vor dem Feinde Ganzinvalide geworden sind, gewährt werden soll. Im Gesetz selbst wurde, entsprechend der im gleichen Gesetz vorgesehenen Pensionszulage für Offiziere, auch für Unteroffiziere und Mannschaften eine Pensionszulage dann vorgesehen, wenn sie „nachweislich durch den Krieg" Ganzinvalide geworden sind. In der Begründung zu § 12 des Regierungsentwurfs, der von der Pensionszulage für Offiziere handelt, ist erwähnt: „Diese neue Bestimmung erhält eine weitere höchst wünschenswerte Verbesserung der Lage unserer vor dem Feinde verwundeten und beschädigten Offiziere." Durch Art. 5 des Gesetzes vom 22. Mai 1893 wurde die im § 71 des Gesetzes vom 27. Juni 1871 bezeichnete Pensionszulage — Kriegszulage — auf 9 ℳ monatlich erhöht. Es tritt hier zum erstenmal die Bezeichnung „Kriegszulage" auf.

Die Zusammenstellung der Militärpensionsgesetze, die vom Kriegsministerium im Jahre 1898 herausgegeben worden ist, enthält unter den „Bemerkungen" zu den §§ 71 bis 74 des Gesetzes vom 27. Juni 1871 folgendes: „Anspruch auf die Kriegszulage, haben diejenigen Militärpersonen, welche durch Verwundung vor dem Feinde sowie durch Dienstbeschädigung im Feindesland und auf dem Marsch nach dem Kriegsschauplatz und zurück in die Friedensgarnison Ganzinvalide geworden sind." Den „Bemerkungen" dieser amtlichen Gesetzesausgabe kommt insofern besondere Bedeutung zu, als das Vorwort bestimmt: „Die den einzelnen Gruppen der Gesetzesparagraphen nachgefügten erläuternden Bemerkungen geben den Inhalt der zu den einzelnen Gesetzen gegebenen Ausführungsbestimmungen und besonders ergangenen kriegsministeriellen Verfügungen wieder. Sie sind für die sachliche Beurteilung der Versorgungsansprüche in Zukunft allein maßgebend." Durch die Bemerkungen zu §§ 71 bis 74 wurden die Voraussetzungen für die Bewilligung der Kriegszulage gegenüber dem Wortlaut des Gesetzes erweitert; denn es wurde jede Dienstbeschädigung in Feindesland als Kriegsdienstbeschädigung erklärt, auch wenn sie unter friedlichen Verhältnissen ebensowohl möglich gewesen wäre; ferner wird der Marsch zum und vom Kriegsschauplatz dem Aufenthalt auf dem Kriegsschauplatz gleichgestellt. Es wird also die Möglichkeit einer Kriegsdienstbeschädigung auch für das Heimatgebiet anerkannt.

Das Gesetz vom 31. Mai 1901 unterscheidet zum erstenmal zwischen einer Kriegszulage für Ganzinvalide, die 15 ℳ, und einer solchen für Halbinvalide, die 10 ℳ beträgt. Bei den Beratungen dieses Gesetzes erklärte der Regierungsvertreter nach dem Bericht der Kommission für den Reichshaushalt (Reichstagsdrucksache Nr. 246 Seite 3): „Diejenigen Militärpersonen, die während der Mobilmachung bei Ersatz- und anderen immobilen Truppen verwundet worden sind, gelten nach den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen nicht als Ganzinvalide."

Im Gesetz vom 31. Mai 1906 ist der Unterschied zwischen Ganz- und Halbinvaliden weggefallen, die Kriegszulage im § 14 einheitlich auf monatlich 15 ℳ festgesetzt. In der Begründung zu § 14 des Gesetzentwurfes heißt es: „Gegenüber der hohen Bedeutung, welche die freudige Aufopferung von Leben und Gesundheit für das Wohl des Vaterlandes hat, kann die Kriegszulage in dem früher gewährten Betrag als eine angemessene Entschädigung nicht angesehen werden."

Diese geschichtliche Entwicklung läßt erkennen, daß die Kriegszulage in erster Linie dann gewährt werden soll, wenn die Dienstbeschädigung im Zusammenhang mit der eigentlichen Kriegführung steht und der Beschädigte Leben und Gesundheit für das Vaterland aufs Spiel gesetzt hat. Sie zeigt aber andererseits auch, daß die Anerkennung einer Kriegsdienstbeschädigung auch für das Heimatgebiet nicht vollständig ausgeschlossen werden soll (vgl. die „Bemerkungen" in §§ 71 bis 74 der oben erwähnten Zusammenstellung der Militärpensionsgesetze vom Jahre 1898). Wenn sonach die geschichtliche Entwicklung es zuläßt, die Kriegszulage auch bei Dienstbeschädigungen im Heimatgebiet zuzuerkennen, so kann auf der anderen Seite doch nicht aus dieser Entstehungsgeschichte gefolgert werden, daß die Kriegszulage bei allen während eines Krieges erlittenen Dienstbeschädigungen gewährt werden soll. Hätte man diese weitgehende Auslegung gewollt, dann hätte es zunächst nahegelegen, im § 14 des Mannschaftsversorgungsgesetzes an Stelle der Worte „infolge einer durch den Krieg herbeigeführten Dienstbeschädigung" ebenso, wie dies in Art. II § 16 Abs. 3 der Verordnung vom 1. Februar 1919 über Änderung des Verfahrens in Militärversorgungssachen (Reichsgesetzblatt Seite 149) geschehen ist, zu sagen, infolge einer während eines Krieges erlittenen Dienstbeschädigung". Dieser weitgehenden Auslegung stehen aber insbesondere auch die amtlichen Erklärungen des Regierungsvertreters in den Verhandlungen des Reichstags vom Jahre 1901 und, wenn auch weniger deutlich, die Begründung zum Gesetzentwurf vom Jahre 1906 entgegen. Die in § 14 des Mannschaftsversorgungsgesetzes vorgesehene Kriegszulage hat auch heute noch trotz der weitgehenden Auslegung des Begriffs „Kriegsdienstbeschädigung" in gewissem Sinn den

Charakter eines Ehrensoldes nicht ganz verloren. — Wenn man die Worte „infolge einer durch den Krieg herbeigeführten Dienstbeschädigung" nicht nur zeitlich auffaßt und also nicht gleichbedeutend mit „einer während eines Krieges erlittenen Dienstbeschädigung" nimmt, bleibt noch zu entscheiden, in welchen Fällen während eines Krieges die Kriegszulage zu bewilligen und in welchen Fällen sie abzulehnen ist. Zunächst ist festzustellen, daß nach § 14 des Mannschaftsversorgungsgesetzes stets Voraussetzung für die Gewährung der Kriegszulage das Vorhandensein einer Dienstbeschädigung ist. Diese Voraussetzung ist auch im vorliegenden Fall erfüllt. Dem Kläger ist wegen der Erwerbsbeschränkung, die er als Folge der am 14. April 1916 erlittenen Dienstbeschädigung davongetragen hat, eine Rente von 25 v. H. der Vollrente zugebilligt. Die Kriegszulage hat aber weiterhin zur Voraussetzung, daß die Dienstbeschädigung auf besondere, nur dem Krieg eigentümliche Verhältnisse zurückzuführen ist (vgl. v. Olshausen-Dorn, Versorgungsansprüche der Kriegsbeschädigten und Hinterbliebenen vor den Militärspruchbehörden, Seite 35 f.). Das Vorliegen solcher besonderen, nur dem Krieg eigentümlichen Verhältnisse ist an sich unabhängig davon, an welchem Orte die Dienstbeschädigung erlitten worden ist, ob im Kriegs- oder Heimatgebiet. Die Voraussetzungen für das Vorliegen solcher besonderen Verhältnisse werden im Kriegsgebiet in der Regel, im Heimatgebiet dagegen seltener gegeben sein. Ob sie vorliegen, bleibt stets eine Tatfrage, die im Einzelfall um so eingehender gewürdigt werden muß, je weiter der Ort, an dem die Dienstbeschädigung erlitten worden ist, von dem eigentlichen Kriegsschauplatz entfernt ist. Ob besondere Verhältnisse des Krieges vorhanden sind, ergibt sich aus einer Gegenüberstellung mit den Verhältnissen, unter denen sich der Militärdienst in Friedenszeiten vollzieht.

Solche besonderen nur dem Krieg eigentümlichen Verhältnisse sind im vorliegenden Fall nicht anzunehmen. Zunächst kann als nur dem Krieg eigentümlich nicht die Tatsache angesehen werden, daß der Kläger im Jahre 1916 keinen Militärdienst zu verrichten gehabt hätte, wenn damals nicht Krieg gewesen wäre. Eine so weitgehende Auslegung des § 14 des Mannschaftsversorgungsgesetzes würde zur Folge haben, daß alle diejenigen Personen, die nur infolge des Krieges zum Militärdienst eingezogen worden sind und dann eine Dienstbeschädigung erlitten haben, Anspruch auf die Kriegszulage hätten; es würde nach dieser Auslegung in nahezu allen Fällen von Dienstbeschädigungen, die sich während des Krieges zugetragen haben, Kriegsdienstbeschädigung anzunehmen sein, eine Auffassung, die bereits als unzutreffend abgelehnt worden ist. Es würde ferner diese Auslegung zu der ganz unbefriedigenden und vom Gesetzgeber sicherlich nicht gewollten Unterscheidung führen, daß Militärpersonen, die zufällig während des Krieges ihrer Militärpflicht genügt und eine Dienstbeschädigung erlitten haben, schlechter gestellt würden, als Personen, die nur mit Rücksicht auf den Krieg zum Militärdienst eingezogen worden sind.

Auch die weitere Tatsache, daß die Dienstbeschädigung des Klägers sich gelegentlich der Ausladung eines Lazarettzuges zugetragen hat, kann nicht als ein besonderes, nur dem Krieg eigentümliches Ereignis angesehen werden. Die Entleerung eines Lazarettzuges ist nicht wesentlich verschieden von einem Krankentransport, wie er sich in Friedenszeiten vollzogen hat . . .

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zum Tarifabkommen zwischen Krankenkassen und Ärzten

(hier Heft 2 S. 37) gibt der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen folgendes bekannt:

Der Verband der Ärzte Deutschlands hat unterm 17. Februar bei den Krankenkassenhauptverbänden den Antrag gestellt, zu den am 9. Dezember 1919 für das Jahr 1920 vereinbarten Honorarbedingungen einen Zuschlag von 50 v. H. zu bewilligen. Die Krankenkassenhauptverbände haben sich in einer Sitzung vom 9. März mit diesem Antrag beschäftigt und sind zu dem Ergebnis gelangt, den Krankenkassen zu empfehlen, dort, wo die Verhältnisse für die Ärzte besonders schwierig liegen oder wo es unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse notwendig ist, über den Höchstsatz des Pauschsatzes von 13 *M* hinauszugehen und einen Zuschlag bis zu 2 *M*, insgesamt also einen Pauschsatz bis zu 15 *M* für die Behandlung des Mitgliedes und das Jahr zu bewilligen.

Bei Bezahlung nach Einzelleistungen (Ziffer 2 des Tarifabkommens) wird empfohlen, die Besuchsgebühr für Besuche am Wohnort des Arztes um 1 *M*, also auf 4 *M* zu erhöhen.

Außerdem kann zu den Wegegebühren (Ziffer 4 Abs. 2 des Tarifabkommens) ein Zuschlag bis zu 50 v. H., also bis 4,50 *M* für den Doppelkilometer, gegeben werden.

Von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Straßburg-Stadt und dem Verbande der Ortskrankenkassen Elsaß-Lothringens

sind uns zwei Schriften zugegangen: 1. „Die obligatorische Krankenversicherung in Elsaß und Lothringen", ein Auszug in deutscher Übersetzung aus einer gelegentlich der „nationalen" Ausstellung in Straßburg (1919) herausgegebenen Schrift über die sozialen Versicherungen, und 2. der Bericht über die am 18. 5. 19 in Straßburg abgehaltene 12. Generalversammlung des genannten Verbandes, in französischer Sprache und deutscher Übersetzung. Beide Schriften sind ein glänzendes Zeugnis deutschen sozialen Sinnes, deutscher Schaffens-

und Organisationskraft und segensreicher deutscher Fürsorge und Gewissenhaftigkeit. Das springt aus den Tatsachen hervor, wenn es auch mit keinem Worte berührt wird. Dagegen wird in der ersten Schrift bei einem Ausblick auf die „weitere Gestaltung der obligatorischen Krankenversicherung in Elsaß und Lothringen" der wenig erfreulichen Ergebnisse des Geschäftsjahres 1918 gedacht und bemerkt: „Seit dem Waffenstillstande aber und der erfreulichen Wiederkehr Elsaß und Lothringens zum alten Mutterlande (!) haben sich die Verhältnisse erheblich gebessert und sind mit der Zeit wieder ganz normale geworden. Die französische Verwaltung selber hat sich, entgegen den Voraussagungen gewisser Kreise, auf das liebevollste der sozialen Versicherung und insbesondere auch der Krankenversicherung angenommen....." (S. 58).

Wir hier, im wahren Mutterlande Elsaß-Lothringens, können nicht ohne bittere Gefühle lesen, wie in diesem Bericht aus deutschen Blüten und Ähren ein Kranz für die französische Verwaltung gewunden wird. Immerhin liest man mit Genugtuung weiterhin, daß die 12. Jahresversammlung am 18. Mai „unter begeisterter Anteilnahme" eine Entschließung gefaßt hat, die sich „auf das bestimmteste für eine Weitererhaltung der derzeitigen sozialen Versicherungsgesetze in Elsaß und Lothringen in der bisherigen Form und entsprechend den bisherigen, in Kraft gebliebenen gesetzlichen Bestimmungen" erklärt (S. 63). Daran schließen sich einzelne Reformwünsche, wie sie auch bei uns laut geworden und zum Teil bereits verwirklicht sind, und die Erwartung (S. 66), „daß die Krankenkassen Elsaß und Lothringens erst recht nun im Verbande ihres alten Mutterlandes (!) sich ersprießlich und segensreich entwickeln werden. Zu wünschen wäre indes noch darüber hinaus, daß unsere Krankenkassen Elsaß und Lothringens schließlich als Vorbild dienen mögen für die Schaffung gleicher gesetzlicher Fürsorge jenseits der Vogesen, in den übrigen Teilen Frankreichs."

Wir schließen uns diesem Wunsche aufrichtig an und würden seine Erfüllung begrüßen als einen Sieg der Besiegten.

Arbeitsgemeinschaft für Neuordnung der deutschen Sozialversicherung.

Die Gründer einer neuen „Gesellschaft zur Neuordnung des Reichsversicherungswesens" haben im Verein mit Vertretern der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Reform", der Gruppe für Sozialversicherung des „Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft" und des „Deutschen Komitees für internationale Sozialversicherung" die oben bezeichnete Arbeitsgemeinschaft gebildet. Ein vorläufiger geschäftsführender Ausschuß, bestehend aus den Herren: Landesrat Dr. Brunn, Regierungsrat Dr. Bolle, Professor Dr. Manes, Professor Dr. Kaskel, Privatdozent Dr. Kuffler, Dr. Heyde und Fräulein Dr. Gaebel, hat folgenden Arbeitsplan ausgearbeitet und den Mitgliedern des Arbeitsausschusses unterbreitet.

1. System. — a) Ist das bisherige, im wesentlichen noch aufrechterhaltene, aber doch mehrfach durchbrochene deutsche System der Versicherung beizubehalten?

b) Empfiehlt sich statt dessen das australische System der beitragslosen Staatsbürgerversorgung?

c) Empfiehlt sich das schwedische System der allgemeinen Volksversicherung mit Beiträgen von jedermann?

2. Personenkreis. — a) Empfiehlt es sich, an Stelle des bisherigen Verfahrens von der Art der Betriebszugehörigkeit abzusehen?

b) Empfiehlt es sich, außer den Versicherten ihre Angehörigen in die Versicherung einzubeziehen?

c) Empfiehlt es sich, statt des Herausgreifens bestimmter Berufskreise (Arbeiter und Angestellte) lediglich die Tatsache der Erwerbstätigkeit als Unterscheidungsmerkmal zu wählen, um insbesondere auch die geistigen Arbeiter einzubeziehen?

d) Empfiehlt es sich, über die Erwerbstätigen hinaus alle Personen unterschiedslos bis zu einem bestimmten Einkommen zu versichern?

e) Empfiehlt es sich, und auf welchem Wege ist es möglich, bei einer Vereinheitlichung des Personenkreises Sonderrechte einzelner, zur Zeit versicherungsrechtlich bevorzugter Personenkreise aufrechtzuerhalten?

3. Versicherungsfall. — a) Soll statt der bisherigen Trennung der Versicherungsfälle in Krankheit, Unfall, Invalidität und Berufsunfähigkeit ein einheitlicher Versicherungsfall der Körperschädigung angenommen werden?

b) Welche anderen Versicherungsfälle sollen außer den bereits anerkannten neu aufgenommen werden? (Wohnungsnot, Kinder, Arbeitslosigkeit.)

4. Leistungen. — a) Wie weit gehört die Schadenvergütung zu den grundsätzlichen Aufgaben der Versicherungsträger?

b) Ist die Erwerbsfürsorge (Arbeitsbehandlung, Berufsberatung, Berufsschulung, Arbeitsvermittlung und Arbeitsbeschaffung) als neue Form der Leistung anzureihen?

c) Kann die Erwerbsfürsorge bzw. ihr wirtschaftliches Ergebnis an Stelle der Rente oder eines Teiles derselben treten?

d) Wie weit ist eine Angleichung der Leistungen bei allen Fällen der Körperschädigung wünschenswert und durchführbar?

5. Versicherungsträger. — a) Inwieweit ist eine Vereinheitlichung wünschenswert und durchführbar?

b) Welche Ausgestaltung der Selbstverwaltung unter Mitwirkung der Versicherten ist wünschenswert?

6. Rechtsverfahren. — a) Wie läßt sich das Rechtsverfahren vereinfachen?

b) Ist eine Angliederung an die zu erwartenden Arbeitsgerichte möglich und zweckmäßig?

7. Grenzgebiete. — a) Wie ist die Versicherung gegenüber der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge abzugrenzen?

b) Wie ist die vorbeugende Tätigkeit der Versicherungsträger gegenüber der öffentlichen und privaten Volksgesundheitspflege, der Gewerbeaufsicht und den Betriebsräten abzugrenzen?

8. Finanzfragen. — a) Inwieweit macht die Lage der öffentlichen wie der privaten Finanzen es erforderlich, an Stelle der Geldleistung irgendwelche Ersatzmaßnahmen treten zu lassen?

b) Inwieweit sollen private und öffentliche Mittel (Gemeinde, Land, Reich) zur Durchführung der Versicherung in Anspruch genommen werden?

c) Wie wirkt der Friedensvertrag auf die Möglichkeit höherer staatlicher Ausgaben für die Sozialversicherung ein?

9. Internationales. — Inwieweit sind Neuerungen von internationaler Einführung mit Hilfe des Völkerbunds-Arbeitsamtes abhängig zu machen?

Die erste Sitzung des Arbeitsausschusses ist in Berlin unter dem Vorsitz des Professors Dr. Hitze am 3. März 1920 abgehalten worden. Nach langer

Erörterung wurde beschlossen, einen Unterausschuß zur Bearbeitung der im vorstehenden Plan unter 1. bezeichneten Fragen zu bilden. Das sind freilich grundlegende Fragen. Wir meinen aber, daß sie kurz abgetan werden könnten und sollten, wenn man sich nicht in aussichtslose theoretische Erörterungen verlieren, sondern praktische Arbeit leisten will. Es kann kaum zweifelhaft sein, daß ein Beschluß, der die bewährten Grundlagen der deutschen Sozialversicherung in wesentlichen Punkten verlassen wollte, eine Schaumünze bleiben und von der überwiegenden Zahl praktischer Sozialpolitiker, wie von der Masse des Volkes abgelehnt werden würde.

Wesentliche Erweiterung der Krankenversicherung.

In der öffentlichen Sitzung des Reichsrats v. 31. 3. 20, die vom Minister Dr. David geleitet wurde, wurde der Entwurf einer Verordnung über Heraufsetzung des Grundlohnes und der Versicherungsgrenze in der Krankenversicherung in der Fassung des sechsten Ausschusses der Nationalversammlung angenommen. Danach wird von einer bestimmten Obergrenze bei der Festsetzung des Grundlohnes überhaupt abgesehen. Sämtliche Lohnerhöhungen sind in Betracht zu ziehen, so daß unter Umständen sich sehr hohe Grundlöhne ergeben können. Wie der Berichterstatter hervorhob, würde dies zu einer großen Belastung für die Industrie führen und auch einen nicht unbedenklichen Anreiz zur Simulation geben können. Im Ausschuß des Reichsrates wurden diese Bedenken eingehend erwogen, aber schließlich den Beschlüssen des Volkswirtschaftsausschusses der Nationalversammlung zugestimmt, um den Wünschen der Arbeiterschaft entgegenzukommen. Ebenso erklärte sich der Ausschuß damit einverstanden, daß (entsprechend dem Beschluß des Ausschusses der Nationalversammlung) die Versicherungsgrenze bis auf 20 000 *M* erhöht wird. Es wurde nicht verkannt, daß dies für die Ärzte nicht ohne Bedenken sei. Aber die politischen Gründe überwogen. Aus „politischer Klugheit", wie der Berichterstatter sagte, hat der Ausschuß sich mit den 20 000 *M* einverstanden erklärt. Auch das Plenum des Reichsrates stimmte den Beschlüssen des Volkswirtschaftsausschusses der Nationalversammlung zu.

Hierzu finden wir in Tageszeitungen folgende Notiz: „Damit dürften fortan ungefähr 90 Prozent des deutschen Volkes der Zwangskrankenversicherung unterstellt sein. Wir wollen im Augenblick die Frage unerörtert lassen, ob die allgemeine staatliche Volksversicherung ein erstrebenswertes Ziel ist. Darüber wird man sich noch eingehend äußern müssen. Jedenfalls bedeutet diese Ausdehnung der Krankenversicherung einen weiteren Schritt dazu. Was man aber zunächst verlangen muß, ist eine Berücksichtigung des ärztlichen Standes dabei, nicht aus irgendwelchen Berufsinteressen heraus, sondern weil eine zunehmende Proletarisierung des Ärztestandes, wie sie mit der erweiterten Krankenversicherung unweigerlich verknüpft ist, eine Gefahr für die Gesundheit des ganzen deutschen Volkes ist. Bisher sind die Reformen auf dem Gebiete der Krankenversicherung noch stets mit einer Schlechterstellung des Arztes verknüpft gewesen, und die Einwände, die gestern anfangs selbst vom Reichsrate gegen den Ausbau der Krankenversicherung gemacht wurden, lassen darauf schließen, daß es auch diesmal nicht anders sein wird. Der ärztliche Beruf ist nicht bloß ein Erwerbszweig wie irgendein anderer, sondern ein wissenschaftlicher Beruf, der ohne eine, wenigstens einigermaßen gesicherte materielle Grundlage und ohne Freiheit der Betätigung unseres Erachtens nicht die ihm obliegenden Dienste im Interesse des allgemeinen Volkswohles ausüben kann."

Der Groß-Berliner Ärztebund nahm zu dieser Frage in einer Sitzung vom 1. April Stellung und faßte folgende Entschließung:

„Die Erhöhung der Einkommensgrenze der Krankenversicherung, wie sie jetzt Gesetz werden soll, bedeutet die fast restlose Aufhebung der Praxis und Vernichtung zahlreicher ärztlicher Existenzen. Für viele Versicherte bedeutet sie die Herabsetzung der ärztlichen Versorgung auf das Mindestmaß des Notwendigen und Beschränkung in der Wahl ihres Arztes, solange es in der Macht der Kassen steht, zu bestimmen, wer Praxis ausüben darf und wer nicht. Die Ärzteschaft verlangt daher die gesetzliche Regelung der Arztfrage im Sinne der Zulassung aller zur Kassenpraxis bereiten Ärzte. Weiter fordert sie eine den Lebensnotwendigkeiten und Zeitverhältnissen angepaßte Bezahlung ihrer Arbeit, damit sie nicht wirtschaftlich und wissenschaftlich verkümmert. Sonst würde der Ärztestand nicht in dem erforderlichen Maße dem Volkswohl dienen können."

Der Entwurf eines Gesetzes, betreffend Änderung des Ges. über Wochenhilfe und Wochenfürsorge v. 26. 9. 19,

den der Reichsarbeitsminister mit einer Begründung, nach Zustimmung des Reichsrats, der Nationalversammlung unterm 20. 3. 20 vorgelegt hat (Drucksachen der NatVers. 1920 Nr. 2479), bezweckt, die zahlreichen Zweifel zu beheben, zu denen das bezeichnete Gesetz bei seiner Durchführung Anlaß gegeben hat. Wir teilen hier den wesentlichen Inhalt des Entwurfs in gedrängter Form mit.

Die Anwendung des § 212 RVO. bei der Wochenhilfe hat zu erheblichen Weiterungen geführt, denen abgeholfen wird durch die Bestimmung, daß bei einem Kassenwechsel der Wöchnerin die erstverpflichtete Kasse zur weiteren Leistung verpflichtet bleibt (§ 1). — Der § 195b RVO. wird durch einen Abs. 2 ergänzt, wonach die Satzung, entsprechend dem § 3 Ziff. 3 RVO. der Bek. v. 22. 11. 17, mit Zustimmung des OVA. das Wochengeld höher als das Krankengeld bemessen kann bis zu ¾ des Grundlohnes (§ 2). — Es wird ein § 195d RVO. eingefügt, wonach das Landesgesetz vorschreiben kann, daß die Krankenkassen, einschließlich der Ersatzkassen in Fällen des § 517 und der Ersatzkassen, an eine öffentlich-rechtliche Körperschaft (insbesondere, wie für Preußen in Aussicht steht, an einen Kommunalverband) für Gewährung der Wochenhilfe durch fest angestellte und besoldete Hebammen eine bestimmte Gebühr zu entrichten haben, um deren Betrag sich dann die baren Beihilfen nach § 195a Ziff. 1 und 3 RVO. ermäßigen (§ 3). Nähere Regelung bleibt dem Landesgesetz vorbehalten. Entsprechendes ist auch für die Wochenfürsorge vorgesehen (§ 10). — Der Anspruch auf Familienwochenhilfe nach § 205a RVO. ist eingreifend verändert. Er steht Ehefrauen, auch wenn sie vom Ehemann getrennt leben, zu. Ein Anspruch besteht grundsätzlich nur für Wöchnerinnen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben; doch kann die Satzung mit Zustimmung des OVA. bestimmen, wie weit von dieser Voraussetzung abzusehen ist, was namentlich eine gebührende Rücksicht auf die Fälle ermöglicht, in denen der Versicherte oder seine Angehörigen in ausländischen Grenzbezirken wohnen. An die Stelle der vielumstrittenen Voraussetzung, daß die Wöch-

nerin „versicherungsfrei" sein muß, tritt die Voraussetzung, daß ihr „ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a nicht zusteht". Ferner wird der Anspruch aus § 205a nunmehr, wie nach § 195a, an die Voraussetzung geknüpft, daß der Versicherte im letzten Jahre mindestens 6 Monate hindurch versichert war. Auch gilt hinsichtlich der Anwendung des § 212 RVO. im Falle des § 205a Entsprechendes wie im Falle des § 195a. Endlich ist bestimmt, daß, wenn mehrere Kassen „beteiligt" sind, d. h. für die Gewährung der Wochenhilfe in Frage kommen, der Wöchnerin das Wahlrecht zusteht (§ 4). — Im § 205b RVO. wird der Anspruch auf Krankenpflege auf Angehörige beschränkt, „welche darauf nicht anderweit nach diesem Gesetz Anspruch haben" (statt auf „versicherungsfreie"); und im § 205c wird das Wort „versicherungsfreier" durch „berechtigter" ersetzt, entsprechend den Änderungen in §§ 205a, 205b (§§ 5, 11). — Die Kasse kann auf die Leistungen an Familienwochenhilfe und Wochenfürsorge einen Vorschuß vom Reiche verlangen (§§ 6, 11). — Der § 14 des Ges. v. 26. 9. 19, betreffend den Übergang des Anspruchs der unehelichen Mutter gegen ihren Schwängerer gemäß § 1542 RVO., und ebenso der § 21 sollen wegen der zahlreichen mit diesen Vorschriften verbundenen Zweifel und Unzuträglichkeiten wieder aufgehoben, und im § 1542 Satz 2 RVO. soll ausdrücklich klargestellt werden, daß Satz 1 bei Ansprüchen, die aus Schwangerschaft und Niederkunft erwachsen sind, nicht gilt (§§ 8, 12, 15). — Daß die Wochenfürsorge nur „deutschen" Wöchnerinnen gebührt, wird ausdrücklich klargestellt, und zugleich wird diese Fürsorge auf Wöchnerinnen beschränkt, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben. Die Einkommensgrenzen für die Feststellung, ob die Wöchnerin „minderbemittelt" ist, sind im Hinblick auf den gesunkenen Geldwert bei verheirateten auf 4000 ℳ und 300 ℳ für jedes Kind, bei unverheirateten und solchen Frauen, die vom Ehemann getrennt leben und von ihm nicht ganz oder überwiegend unterhalten werden, auf 2500 ℳ festgesetzt (§ 9). — Den auf die Wochenfürsorge anwendbaren Vorschriften der RVO. (§ 23 Abs. 2 des Ges. v. 26. 9. 19) sind die §§ 216, 217, 1531 bis 1533 hinzugefügt, während anderseits die §§ 219, 220, 222 gestrichen sind (§ 13). — Im § 24 des Ges. v. 26. 9. 19 wird die Anführung des § 9 gestrichen, so daß für Wöchnerinnen, die auf Grund der Verordnungen über die Kriegswochenhilfe Anspruch haben, die höhere Leistung schon mit dem 1. Oktober 1919 in Geltung tritt (§ 14).

Zur Vermeidung von Doppelleistungen der Wochenhilfe nach dem Gesetz vom 26. 9. 19

hat auf Anregung des Versicherungsamts Hamburg die Allgemeine Ortskrankenkasse Hamburg eine Kartothek eingerichtet, durch die vermieden werden soll, daß ein Wochenhilfefall mehrfach zur Auszahlung gelangt. Es kann z. B. vorkommen, daß ein Antrag auf Wochenhilfe für eine Selbstversicherte in der Abteilung für weibliche Mitglieder aufgenommen wird, gleichzeitig in der Abteilung für männliche Mitglieder ein Antrag auf Grund der Mitgliedschaft des Ehemannes. Das gleiche kann eintreten, falls die Wöchnerin bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse versichert ist und der Ehemann bei einer Betriebskasse. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Hamburg fertigt daher über jeden bei ihr gestellten Antrag auf Wochenhilfe eine mit entsprechendem Aufdruck versehene Karte — Postkartengröße — an. Diese Karten werden in der Abteilung für Wochenhilfe zu einer Kartothek vereinigt, so daß, falls ein Antrag in zwei verschiedenen Abteilungen gestellt würde, sich dieses beim Zusammenstecken der vorbezeichneten Karten ergeben muß. Von verschiedenen hamburgischen Kassen werden die dort gestellten Anträge auf Wochenhilfe durch diese Karten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg angezeigt. Ergibt sich beim Einordnen der Karte, daß der Wochenhilfefall bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse oder bei einer anderen Kasse bereits gestellt worden ist, so werden die Kassen entsprechend benachrichtigt.

Vereinigung von stellvertretenden Vorsitzenden der Versicherungsämter.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Die im April 1918 ins Leben getretene Vereinigung von stellvertretenden Vorsitzenden der städtischen Versicherungsämter Preußens hat dadurch eine bedeutende Erweiterung erfahren, daß ihr nun auch die stellvertretenden Vorsitzenden der staatlichen Versicherungsämter beigetreten sind. Dieser Zusammenschluß ist um so mehr zu begrüßen, als er zu gemeinsamer und daher, wie zu erwarten ist, erfolgreicherer Durchführung der von der Vereinigung angestrebten Ziele beitragen wird. Die Vereinigung führt nunmehr die aus der Überschrift ersichtliche Bezeichnung. Sie bezweckt in erster Linie die praktische Erfahrung ihrer Mitglieder durch lebendige Fühlungnahme mit den Versicherungsträgern, Versicherten und Arbeitgebern für die Durchführung und den Ausbau der Arbeiterversicherung in sozialem Sinne nutzbar zu machen. Außerdem will die Vereinigung auch den wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder dienen. Die Geschäftsstelle der Vereinigung befindet sich, wie bisher, Berlin NO 18, Virchowstr. 1, II.

Heil- und Erholungsstätten der Allgem. Ortskrankenkasse der Stadt Berlin.

Das Stahl- und Eisenmoorbad Doberan, eines der ältesten Bäder Deutschlands, ist in den Besitz der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin übergegangen, die dort Anfang Mai eine Heilanstalt errichtet. Die reiche Ergiebigkeit der Quelle und des Moorlagers gestattet es, die Abgabe der Bäder nicht nur auf die Kassenmitglieder zu beschränken, so daß Quelle und Bäder in Doberan nach wie vor dem das Bad besuchenden Publikum zur Verfügung stehen.

Die Kasse hat ferner eine Besitzung Dybin erworben, die ebenfalls im Mai d. Js. als Erholungsheim für männliche Mitglieder eröffnet wird.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin besitzt ferner eine Lungenheilstätte im Forst von Müllrose, ein Erholungsheim mit Bergpark in Buckow (Märk. Schweiz) und ein Sanatorium für Nerven- und Herzkranke in Deutschlands ältestem Herzheilbade Kudowa.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor

---

1. **An Viele.** Wir wiederholen die dringende Bitte, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die Zeitschrift nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird. Wir erinnern auch daran, daß es nicht angeht, uns den Raum für eine Auskunft zuzumessen (z. B. durch Beifügung einer Postkarte), daß wir uns auf Beantwortung von Anfragen durch Telegraph oder Fernsprecher nicht einlassen können und daß der Regel nach auch eine schriftliche Auskunft nicht „umgehend" und auch nicht immer „in der nächsten Nummer" erwartet werden kann. Im übrigen nehmen wir auf möglichst baldige Erledigung der Anfragen in der Reihenfolge ihres Einganges und unter Berücksichtigung ihres Umfangs und ihrer Schwierigkeit ohnehin Bedacht.

Grenze der Erstattungspflicht nach § 197 Abs. 2 RVO. (§ 3 Ges. v. 26. 9. 19).

2. **Nach Bautzen.** Antwort: Nach § 197 Abs. 2 ist der Erstattungsanspruch nur bis zu dem Betrage begründet, welcher der Wöchnerin gegen die erstattungspflichtige Kasse zugestanden hätte, wenn diese leistungspflichtig gewesen wäre. Sie wäre aber nur leistungspflichtig gewesen, wenn die Niederkunft noch während der Mitgliedschaft bei ihr (der erstattungspflichtigen Kasse) stattgefunden hätte. Es kann also für die Begrenzung der Erstattungspflicht nur der damals, nämlich beim Austritt aus der erstattungspflichtigen Kasse für die Wöchnerin geltende Grundlohn maßgebend sein (ArbVers. 1919 Heft 8 S. 159 Ziff. 5). Daraus, daß im Abs. 1 des § 197 die §§ 195a, 195c, 196 angeführt sind, kann eine andere Beurteilung nicht hergeleitet werden. Die Anführung dieser Paragraphen drückt nur aus, für welche Leistungen überhaupt Erstattung gefordert werden kann; der hiernach zu berechnende Anspruch wird aber dann durch Abs. 2 in der von uns bezeichneten Art begrenzt, also gegebenenfalls gekürzt.

Leistungspflichtige Kasse für Familienwochenhilfe, wenn die Niederkunft vor dem 1. 10. 19 erfolgt ist (§ 24 Ges. v. 26. 9. 19).

3. **Nach Hersfeld.** Antwort: Die Wöchnerin ist am 15. 9. 19, also vor dem Inkrafttreten des Gesetzes v. 26. 9. 19 entbunden. Damals hatte sie keinen Anspruch auf Familienwochenhilfe auf Grund der Versicherung ihres Ehemannes (§ 205a RVO.). Sie hat einen solchen (beschränkten) Anspruch gemäß § 24 Abs. 2 Satz 2 des Gesetzes erst vom 1. Oktober ab erlangt. Zu dieser Zeit — seit dem 30. 9. 19 — war der Ehemann Mitglied einer anderen Krankenkasse als bei der Niederkunft der Frau. Die Leistung der Familienhilfe nach § 205a RVO. in Verbindung mit der erwähnten Vorschrift des § 24 kann bei dieser Sachlage nur dieser anderen Kasse obliegen. Die Kasse, der der Mann bei der Niederkunft angehört hatte, kann hierfür nicht in Betracht kommen; denn vor dem 1. Oktober bestand überhaupt keine Leistungspflicht und folglich keine leistungspflichtige Kasse. Die Kassen, denen der Mann im Jahre vor der Niederkunft angehört hatte, kommen nur als erstattungspflichtig nach § 197 RVO. in Betracht.

Geltendmachung der Ersatzansprüche des Reichs wegen Wochenfürsorge nach § 21 Ges. v. 26. 9. 19.

4. **Nach Neustettin.** Antwort: Sie gehen mit dem Versicherungsamt von der Voraussetzung aus, daß es Sache der Kasse sei, die Ersatzansprüche des Reichs gegen die Unterhaltspflichtigen nach § 21 Ges. v. 26. 9. 19 geltend zu machen. Diese Annahme ist irrig, wie wir bereits in Heft 3 S. 56 Ziff. 1 ausgeführt haben. Es läßt sich dafür auch nicht der Schimmer eines Rechtsgrundes finden, und wenn sie darauf hinweisen, daß die Voraussetzungen der Unterhaltsberechtigung und Unterhaltsverpflichtung nach §§ 1602 ff. BGB. sehr schwer festzustellen sind (was nicht selten tatsächlich zutreffen wird), so ist das ein Grund mehr dafür, daß die Kassen allen Anlaß haben, sich damit nicht zu befassen. Aber selbst wenn die Kassen zur Geltendmachung des Anspruchs überhaupt berufen wären, so würden sie dabei doch nicht ein eigenes Recht für sich ausüben, sondern nur namens des Reichs als dessen Vertreter handeln. Deshalb ist es vollends ungerechtfertigt, wenn das Versicherungsamt den Anspruch der Kasse gegen das Reich auf Ersatz nach § 20 Ges. v. 26. 9. 19 abweist, solange die Kasse nicht erfolglos versucht hat, ihre Aufwendungen von den nach § 21 haftbaren Unterhaltspflichtigen einzubringen; das Recht der Kasse auf Ersatz nach § 20 steht in keinerlei Zusammenhang und Abhängigkeit von dem Ersatzanspruche des Reichs nach § 21. — Damit erledigen sich eigentlich Ihre weiteren Fragen. Es sei aber dazu folgendes bemerkt: Art und Maß des zu gewährenden Unterhalts bestimmen sich bei Ehefrauen gegenüber dem Ehemann nach §§ 1360, 1361, bei Kindern gegenüber den Eltern nach §§ 1610 ff. BGB. Danach wird der Unterhalt für eine Ehefrau der Regel nach in Sachleistungen zu gewähren sein (zu vgl. den Ausnahmefall in § 1361), und deshalb wird auf Grund des den Eltern zustehenden Bestimmungsrechts (§ 1612 Abs. 2) auch gegenüber unverheirateten Kindern regelmäßig der Fall sein. Zum Unterhalt gehören auch ärztliche Behandlung und Heilmittel und ebenso die notwendigen Dienste eines Arztes und einer Hebamme bei Schwangerschaft und Entbindung. Soweit diese Leistungen unmittelbar gewährt sind, ist der Anspruch getilgt und folglich ein Übergang auf das Reich ausgeschlossen. Hat der Unterhaltspflichtige

überhaupt nichts geleistet, so kann das Reich wegen aller Leistungen der Wochenfürsorge Ersatz fordern bis zur Höhe des Betrages, den der Unterhaltspflichtige bei Erfüllung seiner Pflicht selbst hätte aufwenden müssen. Hat er nur Unterkunft und Kost gewährt, so kann das Reich wegen der der unterhaltsberechtigten Wöchnerin gewährten Beihilfen zu den Kosten der Entbindung und der Behandlung von Schwangerschaftsbeschwerden vom Unterhaltspflichtigen Ersatz verlangen bis zur Höhe des Betrages, den der Unterhaltspflichtige bei unmittelbarer Gewährung dieser Leistungen hätte aufwenden müssen. Hat die Wöchnerin ohne Zustimmung des Unterhaltspflichtigen sich in ein Wöchnerinnenheim begeben und dadurch das dem Unterhaltspflichtigen zustehende Bestimmungsrecht (§ 1612 Abs. 2) vereitelt, so hat sie keinen Anspruch auf Bezahlung der Kosten dieser Heimpflege, so daß auch ein Ersatzanspruch des Reichs gegen den Unterhaltspflichtigen nicht besteht. Für den Unterhaltsanspruch der Ehefrau gegen den Gatten oder eines Kindes gegen die Eltern ist es grundsätzlich ohne Bedeutung, ob die Frau oder das Kind volljährig oder minderjährig ist (zu vgl. die Sonderbestimmung in § 1602 Abs. 2).

Einwirkung des Ges. v. 26. 9. 19 (§ 24) auf Ansprüche aus einer Niederkunft vor dem 1. 10. 1919.

5. Nach Cöthen. Frage: § 24 letzter Satz des Gesetzes vom 26. September 1919 bestimmt, daß den Wöchnerinnen, deren Ansprüche zwar nach dem alten, jedoch nicht nach dem neuen Gesetz abgelaufen sind, die Wochenhilfe bis zum 1. Oktober 1919 weiter zu gewähren ist. Werden den Kassen die für diese Zeit gemachten Leistungen vom Reiche erstattet? Andernfalls hätten die Kassen Leistungen zu erfüllen, wofür sie keinerlei Deckung haben.

Antwort: Das im letzten Satze der Anfrage ausgesprochene Bedenken ist an sich richtig, aber nicht entscheidend. Entscheidend ist, daß das Gesetz die Fälle, in denen die Leistungen der Kasse vom Reich erstattet werden, bestimmt bezeichnet, für den vorliegenden Fall aber einen Erstattungsanspruch nicht vorsieht. Daher liegt, soweit es sich um abgelaufene Ansprüche aus dem § 195 RVO. oder § 198 alter Fassung handelt, lediglich eine Erstreckung der gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungspflicht der Kasse auf ihre eigenen Kosten vor. Anders verhält sich die Sache selbstverständlich dann, wenn der Anspruch, um den es sich handelt, auf anderen Vorschriften beruht, die überhaupt nur eine Wochenhilfe „aus Mitteln des Reichs" vorsehen (zu vgl. besonders §§ 1, 5 der Bekanntm. v. 3. 12. 14). In diesen Fällen tritt auch die Erstreckung der Leistungsdauer auf Kosten des Reichs ein.

Familienwochenhilfe oder Wochenfürsorge?

6. Nach Osterburg. Frage: Eine versicherungsfreie Frau ist am 19. November 1919 entbunden, der Ehemann hat am 11. November 1919 die Arbeit wegen Materialmangel aufgegeben. Vom 28. November bis 15. Dezember arbeitete er, pausierte vom 16. Dezember ab und nahm am 25. Januar 1920 die Arbeit wieder auf. Wenn sein Einkommen unter 2500 ℳ beträgt, würde ihm in der unversicherten Zeit Wochenfürsorge und in der Mitgliedszeit wechselweise Familienhilfe zu gewähren sein? Würde er in der Zeit seiner Versicherung Familienhilfe erhalten ähnlich der Kriegswochenhilfe?

Antwort: Voraussetzung des Anspruchs auf Familienwochenhilfe ist, daß der Ehemann im Zeitpunkt der Entbindung seiner Frau entweder noch Mitglied der Kasse ist oder doch noch auf Grund des § 214 RVO. Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse hat, zu denen jetzt auch die Familienhilfe nach § 205a gehört. Trifft § 214 nicht zu, so besteht im vorliegenden Falle kein Anspruch. Ein Anspruch entsteht auch nicht dadurch, daß der aus der Kasse Ausgeschiedene nach der Niederkunft seiner Frau wieder in versicherungspflichtige Beschäftigung tritt; und umgekehrt würde der einmal begründete Anspruch für die volle gesetzliche Dauer bestehen bleiben, auch wenn der Ehemann nach der Niederkunft seiner Frau aus der Kasse ausschiede. Der von Ihnen vorausgesetzte Wechsel zwischen Wochenhilfe nach § 205a RVO. und Wochenfürsorge nach § 17 Ges. v. 26. 9. 19 kann hiernach nicht eintreten.

Familienwochengeld (§ 205a RVO.) ist nicht über den Todestag der Wöchnerin hinaus zu zahlen.

7. Nach Hertigswalde. Antwort: Wenn die Ehefrau des Versicherten am Tage ihrer Niederkunft stirbt, so hat die Kasse auf Grund des § 205a in Verbindung mit § 195a RVO., außer den baren Beihilfen (Ziff. 1 und 3), das Wochengeld nur für den Tag der Niederkunft zu zahlen. Die Meinung des Versicherungsamts, daß auf das Wochengeld Mutter und Kind Anspruch hätten, und daß es daher für volle 10 Wochen zu zahlen sei, falls der Ehemann noch Mitglied der Kasse sei und darauf Anspruch erhebe, ist unhaltbar. Die Fassung des § 205a: „Versicherungsfreie Ehefrauen .... erhalten als Wochengeld usw.", ergibt klar, daß die Leistung, wenngleich sie auch dem Kinde mit zustatten kommen soll, für die Wöchnerin bestimmt ist und daher nicht über ihren Todestag hinaus zu zahlen ist.

Anspruch auf Familienwochenhilfe im Falle des § 214 RVO.

8. Nach Soest. Antwort: Unsere Auskunft im Jahrgang 1919 S. 633 Ziff. 2 steht nicht im Widerspruch mit der Auskunft 1920 S. 139 Ziff. 4, da der dieser letzten zugrunde liegende Tatbestand die Voraussetzungen des § 214 RVO. nicht enthielt. Jene frühere Auskunft aber halten wir auch gegenüber der abweichenden Ansicht von Streit im Heft 1 S. 1 von 1920 aufrecht im Hinblick auf die Entsch. des RVA. 2472 (ArbVers. 1918 S. 550), die als Träger des Anspruchs auf Familienhilfe nach § 205 RVO. den Versicherten, nicht das Familienmitglied ansieht. Die Vorschriften des § 10 Ges. v. 26. 9. 19 enthalten nur eine Erweiterung des früheren § 205, insbesondere die Erhebung der Familienwochenhilfe nach § 205a zu einer Regelleistung. Daß man dabei die Anspruchsberechtigung vom Versicherten auf die Wöchnerin habe übertragen wollen, dafür fehlt jeder Anhalt. Durch die Fassung: „Versicherungsfreie Ehefrauen usw. erhalten usw." wird nur ausgedrückt, daß die Wöchnerinnen die Empfangsberechtigten, nicht daß sie die Anspruchsberechtigten sind. Anspruchsberechtigt ist immer der Versicherte, und „versichert" ist in den Grenzen des § 214 RVO. auch noch der aus der Pflichtmitgliedschaft Ausgeschiedene (zu vgl. Hahn, Anm. 6 zu § 214).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1278 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 21. April 1920 | Heft 12

Beteiligung Dritter an dem Verfahren vor den Militärversorgungsgerichten.

Von Landrichter Breme in Münster i. W.

Nach § 47 der Bestimmungen des Reichsarbeitsministers über die MilVersGerichte usw. vom 18. Februar 1919 (RGBl. S. 217) können „Dritte, die an dem Ausgange des Verfahrens ein berechtigtes Interesse haben, auf Antrag oder von Amts wegen zum Verfahren zugezogen werden. Solche Dritte sind auch ohne Zuziehung jederzeit berechtigt, dem Verfahren beizutreten, Ausführungen zu machen und Anträge zu stellen. Sie sind im Falle der Zuziehung oder des Beitrittes von dem Gange und dem Ausgange des Verfahrens in Kenntnis zu setzen". (Zu vgl. die wörtlich übereinstimmende Vorschrift des § 23 VO. über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter, v. 24. Dezember 1911 [RGBl. S. 1107].)

Inhalt und Bedeutung dieser Bestimmung in ihren Voraussetzungen und Folgerungen sind bei der Kürze des einfachen Wortlautes nicht ohne weiteres zu ersehen; ihre Umgrenzung soll im nachfolgenden versucht werden.

I. Welche Dritte kommen in Frage? Das Gesetz verlangt nur ein berechtigtes Interesse am Ausgange des Verfahrens. Aber was ist das? Man denkt sogleich an die sogenannten Nebenintervenienten im Zivilprozeß. Aber hier (§ 66 ZPO.) wird ein rechtliches Interesse an dem Siege einer Prozeßpartei verlangt, und ein solches rechtliches Interesse wird angenommen, wenn das Rechtsverhältnis des Nebenintervenienten zu den Parteien oder zu dem Gegenstand des Rechtsstreites durch die Entscheidung, ihren Inhalt oder ihre Vollstreckung, mitbetroffen würde; ein bloß wirtschaftliches Interesse genügt hier nicht. Der Ausdruck „berechtigtes" Interesse deckt sich aber nach dem Gesetzessprachgebrauch nicht mit dem rechtlichen Interesse; er ist weiter und verlangt nicht, wie dieser, die unmittelbare Einwirkung auf ein bestehendes Rechtsverhältnis. Wenn daher der Kreis der Dritten, die ein berechtigtes Interesse am Ausgange des Verfahrens haben, weiter zu ziehen ist, so kann doch ein bloß wirtschaftliches Interesse nicht als genügend angesehen werden. So ist z. B. das Interesse des unterhaltspflichtigen Vaters des Versorgungsberechtigten an einer hohen Rente, oder das der unterhaltsberechtigten Ehefrau und der Kinder ein, wenn auch sehr großes, so doch nur rein wirtschaftliches Interesse. Für das berechtigte Interesse müssen aber, wenn auch in weiterem Maße als bei dem ein mitbeteiligtes Rechtsverhältnis voraussetzenden rechtlichen Interesse, rechtliche Beziehungen, die Möglichkeit rechtlicher Einwirkungen auf ihre Beziehungen verlangt werden, wenn es sich auch nicht um unmitelbare, sondern um

mittelbare Einwirkungen handelt. Insbesondere gilt das z. B. für die Militärperson, z. B. den Vorgesetzten, der den Unfall im Dienst (= Dienstbeschädigung nach § 3 MVG.) verschuldet hat; denn dieser hat ein großes Interesse daran, daß Dienstbeschädigung angenommen wird, weil er dann wegen der Folgen des Verschuldens gemäß § 41 MVG. trotz des Überganges des Anspruches gegen ihn auf den Staat anders gestellt ist. Sein Interesse geht insbesondere hier auf möglichst genaue Aufklärung des Unfalles. Wegen dieser Einwirkungen auf seine Rechtsbeziehungen zum Militärfiskus und zu dem Geschädigten muß man bei ihm ein berechtigtes Interesse anerkennen, wennschon die Entscheidung des MilVersGerichtes und ihre Begründung keine Rechtskraft hat für den etwaigen späteren Prozeß des Beschädigten oder des Fiskus gegen ihn.

In gleicher Weise muß ein berechtigtes Interesse insbesondere für die Träger der Reichsversicherungen, vor allem der verschiedenen Unfallversicherungsträger bejaht werden, da die wechselseitigen Beziehungen dieser Versicherungsstellen zu den Ursachen des Versorgungsleidens hier entscheidend berührt werden können. Die Unfallversicherungsträger kommen wohl in erster Linie in Frage, man denke nur an einen Unfall auf einem Werk, zu dem der Versorgungsberechtigte kommandiert (nicht beurlaubt) war. Hier kann es vielfach sich darum handeln, daß nur die Unfallversicherung oder die Militärversorgung, aber jedenfalls eine von beiden eingreifen muß. Die VO. über Änderung des Verfahrens in MilVersSachen vom 1. Februar 1919 hat darum auch in Art. II § 13 und in dem durch Art. III der RVO. eingefügten § 1703a (vgl. ArbVers. 1919 S. 135) Vorsorge getroffen, daß die höchstgerichtlichen Entscheidungen nicht in solchem Falle beide den Anspruch verneinen, weil sie die andere Stelle für verpflichtet halten. Die mit dem Anspruch befaßten Gerichte können, das Reichsversicherungsamt den Militärfiskus und das ReichsMilVersGer. den Unfallversicherungsträger in das Verfahren ziehen und zur Zahlung der Gebührnisse verurteilen, und zwar auch dann, wenn die Ansprüche gegen sie schon rechtskräftig abgewiesen waren. Für die MilVersGerichte gilt es ein derartiges Verfahren nicht, aber die in Frage kommenden Versicherungsträger haben ein ihre rechtlichen Beziehungen berührendes berechtigtes Interesse daran, daß schon hier frühzeitig die Rechtsverhältnisse geklärt und damit Kompetenzstreitigkeiten von vornherein bekämpft werden.

Auch bei privaten Versicherungsgesellschaften werden häufig berechtigte Interessen ähnlicher Art anzunehmen sein.

Von Interesse ist ferner die Frage, ob die Kriegsbeschädigtenvereinigungen und gemeinnützigen Fürsorgestellen auf diesem Gebiete zugezogen werden oder beitreten können. Die Frage muß verneint werden. Gewiß haben sie in ihren rührigen Bestrebungen auch ein großes Interesse an der Gestaltung der Rechtsprechung, die ja für das praktische Recht ebenso wichtig ist, wie die Gesetzesgestaltung. Aber dieses Interesse ist doch nicht letzten Endes begründet in dem Ausgange des Einzelfalles — und darauf kommt es an — sondern in allgemeinen rechtspolitischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Der Gesetzgeber kann wohl kaum gewollt haben, daß diese Vereinigungen einen unmittelbaren Einfluß auf das einzelne Verfahren durch Stellung von Sachanträgen erhalten sollten. Ein weiter Einfluß ist ihnen zudem ja dadurch eingeräumt, daß sie die versorgungsberechtigten Beisitzer des Gerichtes vorschlagen und durch diese Einfluß auf den Verfahrensgang und die Urteilsfällung selbst gewinnen; ferner steht es ihnen ja auch frei, gemäß § 45 VO. v. 18. Februar 1919 als Prozeßbevollmächtigte und Beistände des Versorgungsberechtigten mitzuwirken, das allerdings nur mit Willen der Partei, nicht aus eigener Befugnis. In dieser Stellung können sie sogar gemäß § 45 das. zunächst ohne schriftliche Vollmacht zur Verhandlung zugelassen werden, wenngleich ihnen die Nachbringung einer solchen aufzugeben ist.

II. Wie erfolgen Zuziehung und Beitritt?

a. Zuziehung. Sie erfolgt auf Antrag oder von Amts wegen. Wer den Antrag stellen kann oder muß, ist nicht gesagt. Man wird daher davon ausgehen müssen, daß sowohl jede Partei, die ja unter Umständen auch ein berechtigtes Interesse an der Mitwirkung des Dritten, insbesondere mit Rücksicht auf spätere Prozesse gegen diese, haben kann, als auch der Dritte den Antrag stellen können. Die Zuziehung ist eine Anordnung des Gerichtes; wer sie ausspricht, ist nicht gesagt. Da aber der Rechtsstreit in der Regel in einer Verhandlung durchgeführt wird, so muß die Anordnung des Vorsitzenden genügen, und zwar mangels einer Bestimmung im Gesetze, ohne Einholung des Einverständnisses des Berichterstatters. Die Zuziehung erfolgt naturgemäß durch Mitteilung der Anordnung mit gleichzeitiger Ladung zum Termine.

Ob die Zuziehung oder die Versagung der beantragten Zuziehung angefochten werden kann, ist gleichfalls nicht gesagt. Dem berechtigten Dritten wird man eine Anfechtung versagen müssen, da er ja auf die Zuziehung hin nicht zu reagieren braucht, und bei der versagten Zuziehung ja mit gleichen Rechtswirkungen seinen Beitritt erklären kann. Anders ist es mit den Parteien. Durch eine von Amts wegen oder auf Antrag des Dritten angeordnete Zuziehung sind sie rechtlich nicht beschwert, man wird ihnen aus diesem Grunde eine Anfechtung nicht geben. Wie aber, wenn sie selbst den Antrag gestellt hatten, und dieser abgelehnt ist? Das Gesetz gewährt eine Beschwerde nicht, es steht aber nichts im Wege, ihnen in analoger Anwendung des § 96 der VO. zu gestatten, die Entscheidung der Kammer anzurufen.

Das ist um so unbedenklicher, als es sich bei der Zuziehung sowohl, wie bei der Versagung um Entscheidungen handelt, die begrifflich nicht in Rechtskraft erwachsen, sondern vom Gerichte jederzeit geändert werden können, wenn Unterlagen für das berechtigte Interesse, das naturgemäß bei einem Zulassungsantrage darzutun ist, sich später ergeben, oder wenn sich im Laufe des Verfahrens ergibt, daß das zunächst angenommene berechtigte Interesse nicht besteht.

b. Beitritt. Die Regelung ist bei näherer Betrachtung als höchst unglücklich zu betrachten. „Solche" Dritte, d. h. die ein berechtigtes Interesse haben, können auch ohne Zuziehung, d. h. also doch auch bei Ablehnung ihres Antrages auf Zuziehung, jederzeit beitreten mit derselben Rechtsfolge, wie bei einer Zuziehung (vgl. III. der Abhandlung). Eine besondere Zulassung, die nichts weiter bedeuten würde wie die Zuziehung, ist demnach nach dem Gesetze nicht erforderlich. Daraus müßte sich dann folgerichtig ergeben, daß das Gericht auf die Ausführungen und Anträge dieser beitretenden Dritten eingehen, sie vom Gange und Ausgange des Verfahrens in Kenntnis setzen müßte, trotzdem ein berechtigtes Interesse verneint ist. Es kann aber nicht Wille des Gesetzgebers sein, jedem beliebigen Dritten eine solche Einwirkung auf das Verfahren zu geben. Wenn es sagt: „Solche Dritte", so folgt daraus unmittelbar, daß das Gericht nur bei den Dritten den Beitritt mit seinen prozessualen Folgen zulassen braucht, bei denen es ein berechtigtes Interesse für gegeben hält, also bei anderen Dritten den Beitritt versagen darf. Diese Entschließungen des Gerichtes sind dann aber nichts weiteres als wie die Zuziehung auf Antrag oder die Versagung der Zuziehung, mögen sie in manchen Fällen auch ohne besonderen Beschluß, also stillschweigend erfolgen können. Gegen die Nichtzulassung zum Beitritt, = Nichtzuziehung durch das Gericht, gibt es ein Rechtsmittel nicht. Bei näherer Betrachtung verbleibt also in Wirklichkeit von dem Beitritt nicht viel; nur so viel ist zu sagen, daß hiernach der Dritte nicht auf den Antrag auf Zuziehung beschränkt ist, sondern auch schriftlich oder im Termine seinen Beitritt erklären kann, in beiden Fällen aber mit seinem Begehren abhängig ist von der Entscheidung des Gerichts darüber, ob er als Dritter mit be-

rechtigtem Interesse zuzuziehen oder zuzulassen ist.

III. Folgen der Zuziehung und des Beitrittes. Für beide bestimmt das Gesetz, daß sie von dem Gange und dem Ausgange des Verfahrens in Kenntnis zu setzen sind. Sie erhalten also Nachrichten über die Verhandlungs- und Beweistermine, über die gefaßten Beschlüsse und über das Urteil selbst. Ladungen zum Termine sind nicht vorgeschrieben, ebensowenig die Übersendung des Urteils mit den Gründen. Sie können auch Einsicht in die Akten nehmen und sich daraus gegen Erstattung der Kosten Ausfertigungen, Auszüge und Abschriften mit der dem Vorsitzenden eingeräumten Einschränkung erteilen lassen. Denn nach der Überschrift des § 47 „Beteiligung Dritter" und nach seinem Inhalt müssen sie als „Beteiligte" im Sinne des § 63 der VO. angesehen werden. Sind sie nicht zugezogen oder beigetreten, so genügt nach Abs. 2 § 63 nicht ein berechtigtes Interesse, sondern es ist ein rechtliches Interesse erforderlich, obschon Sinn und Zweck des Gesetzes mit den größeren Rechten des § 47 diese Einschränkung nicht zu rechtfertigen scheint. Dagegen haben sie keinen Anspruch darauf, daß ihnen die Gutachten der Sachverständigen und die Aussagen der Zeugen von Amts wegen abschriftlich mitgeteilt werden. Die Mitteilungspflicht bezieht sich eben nur auf den äußeren Gang des Verfahrens. Nur von den Rechtsmittelschriften und den Beweisurkunden erhalten die dritten nach § 47 letzter Satz und § 48 der Verordnung Abschriften von Amts wegen. Im übrigen sagt das Gesetz über die Folgen der Zuziehung nichts, für den Beitritt ist das Recht des Beitretenden, Ausführungen zu machen und Anträge zu stellen, und damit die Pflicht des Gerichtes, diese Ausführungen bei seinen sachlichen Entscheidungen zu berücksichtigen und auf die Anträge durch das Urteil oder besondere Entschlüsse zu entscheiden, im Gesetze ausgesprochen. Man muß daraus schließen, daß der zugezogene Dritte ein gleiches Recht haben soll, denn schwächer sollte seine prozessuale Stellung sicherlich nicht sein. Aber anderseits verbietet das Schweigen des Gesetzes hierüber, ihm eine stärkere Stellung, ihm weitere Rechte einzuräumen. Hierfür liegt aber auch begrifflich ein Anlaß nicht vor. Die Bestimmung des Abs. 2 gilt demnach für beide. Es zeigt sich auch hier wieder, wie wenig glücklich das Gesetz gefaßt ist.

Muß nun das Gericht auf alle Ausführungen und Anträge der Dritten sachlich eingehen? Das Verfahren dient ausschließlich der Förderung der Voraussetzungen für den streitigen Versorgungsanspruch und seiner baldigen Feststellung durch das Urteil; von diesem gerade vorgezeichneten Wege darf das Gericht in keinem Falle abgehen, selbst wenn die Interessen des Dritten es für seine rechtlichen Interessen wünschenswert erscheinen lassen. Sobald das Verfahren über den Anspruch entscheidungsreif ist, darf die Entscheidung nicht durch Anträge der Dritten, deren Erledigung die Entscheidungsfrage selbst nicht berührt, verzögert werden; auch dürfen keine Kosten für Beweisaufnahmen verursacht werden, die für die Entscheidung selbst unerheblich sind. Mit anderen Worten das Recht des Dritten beschränkt sich darauf, eine möglichst klare Erörterung und Ermittelung der für den Versorgungsanspruch maßgeblichen oder gegen ihn sprechenden Unterlagen zu erstreben, also das Verfahren im Sinne der Herbeiführung einer richtigen Entscheidung zu fördern. Auf Anträge und Ausführungen, die nicht diesem Zwecke dienen, braucht das Gericht nicht einzugehen.

IV. Materielle Folgen der Beteiligung. Bei der Nebenintervention im Zivilprozeß, die schon oben vergleichend herangezogen ist, gewinnt der Nebenintervenient eine parteiähnliche Rolle; aber er muß daher auch später die auf sein Rechtsverhältnis einwirkende Entscheidung als rechtskräftig und bindend gegen sich gelten lassen. Aber die Nebenintervention der ZPO. ist etwas anderes als die Beteiligung nach § 47 der VO. v. 18. Februar 1919, und das Gesetz hätte, wenn es hier so schwerwiegende

Folgen vor Augen gehabt hätte, sie im Gesetz klar und deutlich zum Ausdruck bringen müssen. Das ist nicht geschehen, und daher muß diese Rechtsfolge verneint werden. Wenn demnach auch formell der Dritte bei späteren Verfahren vor den Instanzen der RVO. oder den ordentlichen Gerichten sich nicht auf die Entscheidung vor den Militärversorgungsgerichten als rechtskräftig bindende Entscheidungen berufen kann und ihm anderseits nicht die Rechtskraft entgegengehalten werden kann, so entbehrt doch dieses Verfahren und die Tatsache, daß der Dritte hier in der Lage und auch gehalten war, seine Stellungnahme in tatsächlicher und rechtlicher Art klarzulegen und zu vertreten, durchaus nicht der praktischen Bedeutung für die späteren Verfahren. Insbesondere wird man ihm seine eigenen Ausführungen und auch die Ergebnisse der Beweisaufnahme mit Recht entgegenhalten, und die Tatsache seiner Beteiligung wird durchweg seine Beweislaststellung in späteren Verfahren leicht beeinflussen können. Aber ein Gegenbeweis gegen die Feststellungen im Militärversorgungsverfahren und ein Angriff auf die Richtigkeit der dortigen Entscheidung bleibt ihm nie verschlossen. Als viel wesentlicherer Vorzug muß aber angesehen werden, daß durch seine Beteiligung die Erzielung sachlicher und rechtlicher erschöpfender Klarstellung möglich wird, die spätere Prozesse überhaupt vermeidet, und gerade aus diesem Grunde ist ihre gesetzliche Zulassung besonders zu begrüßen.

Die Folge dieser mangelnden Rechtskraftwirkung ist übrigens auch, daß den Dritten eine Anfechtung des Urteils versagt werden muß. Wenn sich das schon aus einer Nichterwähnung im Gesetze ergibt, so weisen für den wichtigsten Fall der Zuziehung, nämlich der eines Unfallversicherungsträgers, darauf schon die oben besprochenen Bestimmungen des Art. II § 13 und Art. III. der VO. v. 1. Februar 1919 hin; in diesen Fällen handelt es sich um eine Zuziehung des Unfallversicherungsträgers nicht im Sinne des § 47 der VO. v. 18. Februar 1919, sondern als Partei des Rechtsstreites mit allen Rechten einer Partei.

Es ist schon oben erwähnt, daß der zugezogene Dritte mangels einer gesetzlichen Bestimmung nicht gezwungen werden kann, sich an dem Verfahren zu beteiligen. Tut er es nicht, so erwachsen ihm daraus unmittelbare Nachteile nicht. Möglich ist es aber, daß ihm in einem späteren Prozesse mit Erfolg entgegengehalten werden kann, daß er durch seine Nichtbeteiligung die ihm mögliche alsbaldige Klarstellung verabsäumt hat, und daß hieraus für seine Rechtsbeziehungen ungünstige Folgerungen in dem Verfahren, in dem er Partei ist, gezogen werden, doch ist das eine Tatsache, deren Beantwortung von den Umständen des Einzelfalles abhängt; eine allgemeine grundsätzliche Regel hierzu läßt sich jedenfalls nicht aufstellen.

V. Vertretung der Dritten durch Prozeßbevollmächtigte und Beistände. Es gilt hier nach § 47 letzter Satz das gleiche wie für die Parteien selbst, d. h. die Vertretung ist unbeschränkt zulässig und der Vorsitzende hat für eine nicht prozeßfähige Partei, z. B. einen geisteskranken Verursacher des Dienstunfalles, oder seine Kinder die Bestellung eines Pflegers oder Vormundes zu veranlassen und bis zu dessen Bestellung sowie auch für einen abwesenden oder weit entfernt wohnenden Dritten einen besonderen Vertreter gemäß § 44 der VO. zu bestellen.

VI. Die Kostenfrage. Sie ist bedauerlicherweise im Gesetze nicht geregelt. Alle dem Gerichte erwachsenden Kosten aus der Zuziehung, dem Beitritte und insbesondere den Benachrichtigungen (mit Ausnahme der nach § 63 für Abschriften entstandenen Kosten) sind Gerichtskosten. Sie werden durch die Gebühr abgegolten (§ 16 VO. v. 1. II. 1919). Für die Bemessung der übrigens sehr geringen Gebühr darf aber die Höhe der hierdurch entstandenen Kosten wohl nur dann berücksichtigt werden, wenn die Zuziehung auf Antrag des unterliegenden Klägers erfolgt ist. Sonst würde es eine unbillige Belastung bedeuten. Zweckmäßig

wäre es aber gewesen, im Gesetze die Auferlegung einer Gebühr an den Dritten, insbesondere bei Beweisanträgen, die mutwillig, irreführend oder verschleppend sind, zuzulassen. Die dem Dritten entstandenen Kosten muß er selbst tragen, das Gericht ersetzt sie ihm nicht; einen Gegner hat er nicht, da er einer bestimmten Partei prozessual nicht beitritt. Er dürfte auf diese Rechtslage zweckmäßig hinzuweisen sein.

Die Erhöhung der Krankenhaussätze.

Von Stadtrat H. von Frankenberg in Braunschweig.

Die Teuerung der Lebensmittel, sowie das Steigen der Löhne und Gehälter haben eine Begleiterscheinung im Gefolge, die für die Krankenkassen und anderen Versicherungsträger (Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten usw.) sehr bedauerlich ist. Die Verwaltungen der öffentlichen und privaten Krankenhäuser, Kliniken, Heil- und Pflegeanstalten der mannigfachsten Art haben sich genötigt gesehen, ihre Pflegesätze wiederholt erheblich heraufzusetzen, und das Ende dieser Aufwärtsbewegung scheint einstweilen noch fern zu sein. Der Vorstand des Deutschen Städtetages macht in einem Rundschreiben davon Mitteilung, daß eine westdeutsche größere Stadt nach mehrfachen Erhöhungen des Krankenhaustarifs einen Tagespflegesatz von 12 M. angekündigt habe, und wenn dieser außerordentlich hohe Betrag auch vorläufig noch vereinzelt dastehen mag, so ist doch zu befürchten, daß allmählich das Beispiel Schule macht und Nachfolge findet.

Die Gefahr, die hierin liegt, ist sowohl für die Versicherungsträger, wie für die Kranken nicht zu unterschätzen. Die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, Versicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften ist ohnehin durch die verstärkten Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Arzneien, Heilmittel u. dgl., durch die vermehrten Verwaltungskosten und die sonstigen Verteuerungen ihres Geschäftsbetriebes empfindlich beeinträchtigt. Die Kriegsfolgen (Unterernährung, Arbeitslosigkeit, verheerende Volkskrankheiten usw.) haben die Rücklagen der Versicherungseinrichtungen in einem Umfange in Anspruch genommen, der weit über die vorsichtig gehaltenen früheren Anschläge hinausgeht. Kommen nun noch die gesteigerten Krankenhaussätze hinzu, so darf es uns nicht wundern, wenn die beteiligten Vorstände Bedenken tragen, ohne weiteres jedem Antrage auf Anstaltspflege zu entsprechen. Eine Verpflichtung, die Krankenhausbehandlung zuzugestehen, liegt bekanntlich weder für die Krankenkassen (vgl. § 184 RVO.) noch für die Landesversicherungsanstalten vor, bei denen überhaupt das Heilverfahren von ihrem freien Willen abhängt. Selbst im Beschwerdewege oder durch Anträge an die Versicherungs-, Oberversicherungsämter und das Reichsversicherungsamt kann das erstrebte Zugeständnis nicht erzielt werden — stets fragt es sich, ob der Versicherungsträger zum Entgegenkommen bereit ist oder nicht. Die Folge davon droht durch Ablehnung der Krankenhauspflege einzutreten, so daß entweder die Überführung in die Anstalt unterbleibt, oder von anderer Seite die Kosten getragen werden müssen. Da der Kranke selbst nur ausnahmsweise dazu erbötig und in der Lage sein wird, und die Stiftungen, Vereine oder Verbände ebenfalls selten die nötigen Mittel zur Verfügung stellen können, so bleibt als Helfer in der Not schließlich, wenn nicht auf die Krankenhauspflege verzichtet werden soll, nur noch die Armenpflege übrig — ein Ergebnis, das im höchsten Grade unwillkommen, unsozial und verbitternd wirken muß. Die Reichsversicherung mit ihren verschiedenen Zweigen ist von vornherein als eine Entlastung der Armenpflege gedacht und beabsichtigt gewesen; hier aber haben wir es umgekehrt mit einem entlastenden Eingreifen der Armenverwaltung zu tun, auf die wegen des Versagens der Versicherungsorgane die

Fürsorge abgewälzt wurde. Wie bei der Unterstützung von Familienangehörigen der Kriegsteilnehmer, bei den Maßregeln zur Versorgung der Kriegshinterbliebenen und der Kriegsbeschädigten mit Recht von der Reichsregierung und den sonst beteiligten Stellen die Ausschaltung der Armenbehörden durch rechtzeitige, ausgiebige Kriegsunterstützungen und durch die Kriegswohlfahrtspflege dringend empfohlen und sogar zur bestimmten Forderung erhoben wurde, so soll auch im Bereiche der Sozialversicherung danach gestrebt werden, daß die Bedürftigkeit nicht zu einem Anheimfallen an die Organe der Armenpflege führt.

Eine Verständigung zwischen den Gemeinden, Kreisen, Provinzialverwaltungen und den Vertretungen der Versicherung über einen gerechten und verständigen Ausgleich zur Vermeidung derartiger unerwünschter Ergebnisse ist in hohem Maße ratsam, und die in den letzten Jahren immer mehr in den Vordergrund getretenen Wohlfahrtsämter sind in erster Reihe dazu berufen, vermittelnd zu wirken und das Ineinandergreifen der helfenden Organe zu erleichtern.

Die Armenverwaltungen würden voraussichtlich geneigter sein, die Krankenhaussätze für die Versicherungsträger in erträglichen Grenzen zu halten, wenn sie nicht durch die Gesetzgebung veranlaßt wären, einen Unterschied zwischen dem eigentlichen „Armentarif" und den Sätzen für Selbstzahler, Versicherungsträger, Vereine, Stiftungen usw. zu machen. Das Unterstützungswohnsitzgesetz, dessen zeitgemäße Umgestaltung wiederholt von dem „Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge"*) befürwortet und in Anträgen an die Reichsregierung empfohlen ist, sieht bei der Auseinandersetzung zwischen dem vorläufig zum Eingreifen verpflichteten Ortsarmenverband des Aufenthaltsortes und dem endgültig haftenden Ortsarmenverband des Unterstützungswohnsitzes oder in dessen Ermangelung, dem Landarmenverband vor, daß als Erstattung der Anstaltspflege nur die Einzelkosten (Individualkosten) unter Ausschluß der allgemeinen Verwaltungskosten gefordert werden können. Dadurch sind der Ersatzforderung die Ansätze für Grundstückserwerb, Bauten, innere und äußere Einrichtung, Besoldung des Anstaltspersonals und der festbezahlten Armenärzte (§ 30 Absatz 3 des UnterstWohnsGes.) entzogen. Die Folge davon ist, daß in diesen Fällen die Armenverwaltungen (einerlei ob die Krankenanstalten auf ihre eigene Rechnung betrieben werden oder in fremden Händen sind) erhebliche Beträge zusetzen, die nicht erstattbar sind. Es ist begreiflich, und bei der drückenden Finanznot der Gemeinden heute erst recht verständlich, wenn sie bemüht sind, diesen Ausfall auf andere Weise wenigstens zum Teil wieder einzuholen, und wenn sie dabei auf den Ausweg verfallen, die Selbstzahler und die Versicherungsträger um so stärker heranzuziehen. Wenn sie mit dem Tarifsatz für Armenverbände in den Grenzen von 4 bis 6 M. täglich bleiben, so sind sie formell zweifellos in der Lage, den Aufschlag bei den anderen zahlenden Gruppen bis zu 10 M. und darüber zu steigern. Die empfindliche Mehrausgabe, die den Versicherungsträgern dadurch erwächst, würde nur dann gemindert werden können, wenn man sich endlich entschlösse, die Sonderbehandlung der endgültig haftenden Orts- und Landarmenverbände nach § 30 Absatz 3 UnterstWohnsGes. preiszugeben und sie zur Erstattung in angemessener Höhe (einschließlich der Verwaltungskosten) allgemein zu verpflichten. Dabei kann immerhin für den Bereich der einzelnen Bundesstaaten oder für engere Bezirke (Provinzen, Kreise usw.), nicht aber für das Reichsgebiet schlechthin die Vorschrift in § 30 Absatz 4 daselbst Geltung behalten:

„Für solche bei der öffentlichen Unterstützung häufiger vorkommenden Aufwendungen, deren täglicher oder wöchentlicher Betrag sich im Pauschquantum feststellen läßt (z. B. Verpflegungssätze in Kranken- oder Armenhäusern), kann in jedem Bundesstaate, entweder für das ganze Staatsgebiet gleichmäßig,

*) Früher „Deutscher Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit" genannt; seit Herbst v. Js. ist die Bezeichnung geändert.

oder bezirksweise verschieden, ein Tarif aufgestellt und öffentlich bekanntgemacht werden, dessen Sätze die Erstattungsforderung nicht übersteigen darf."

Es würde sehr erwünscht sein, diese oder eine gleichartige Bestimmung auch für die Erstattung gegenüber den Versicherungsträgern Bedeutung gewinnen zu lassen, damit nicht unliebsame, zeitraubende Erörterungen oder etwa gar Streitigkeiten vor den ordentlichen Gerichten sich aus den Meinungsverschiedenheiten zwischen den beteiligten Stellen ergeben.

Die Fürsorge für kranke, sieche oder unfallverletzte Versicherte ist so wichtig, und die Ausnutzung der Gelegenheit zu sachgemäßer Anstaltspflege ist für das Heilverfahren und dessen nachhaltige Durchführung so wertvoll, daß man nach den bisherigen Erfahrungen alle Ursache hat, den Einseitigkeiten der einen wie der anderen Stelle entgegenzutreten und zwischen den Verwaltungen der Krankenanstalten (also in erster Reihe der Armenbehörden) und den Versicherungseinrichtungen (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten) eine finanziell für beide Teile annehmbare Mittellinie zu ziehen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Verordnung über Heraufsetzung des Grundlohns und Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung.

Vom 1. April 1920 (RGBl. S. 433).

Auf Grund des Gesetzes über eine vereinfachte Form der Gesetzgebung für die Zwecke der Übergangswirtschaft vom 17. April 1919 (RGBl. S. 394) wird von der Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats und des von der Nationalversammlung gewählten Ausschusses folgendes verordnet:

I. Heraufsetzung des Grundlohns.

§ 1. — Der § 180 der Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

Die baren Leistungen der Kassen werden nach einem Grundlohn bemessen. Als solchen bestimmt die Satzung entweder den durchschnittlichen Tagesentgelt der Mitglieder oder den wirklichen Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten. Den durchschnittlichen Tagesentgelt kann sie nach denjenigen Klassen von Versicherten, für welche die Kasse errichtet ist, oder stufenweise nach der verschiedenen Lohnhöhe der Versicherten festsetzen.

Die Festsetzung nach dem durchschnittlichen Tagesentgelte bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts (Beschlußkammer).

Für freiwillig Beitretende, für die sich hiernach kein Grundlohn ermitteln läßt, bestimmt ihn die Satzung.

§ 2. — Soweit nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung Ersatzleistungen für Krankenpflege, Krankenhauspflege oder Unterhalt in einer Anstalt nach dem Grundlohn zu bemessen sind, kann der Reichsarbeitsminister im Falle eines Bedürfnisses den für diese Ersatzleistungen maßgebenden Höchstsatz des Grundlohns allgemein bis auf zehn Mark herabsetzen.

§ 3. — Über die Satzungsänderungen auf Grund des § 1 haben die Organe der Kassen innerhalb vier Monaten nach Inkrafttreten dieser Verordnung zu beschließen. Bis zur Genehmigung der Satzungsänderung durch das Oberversicherungsamt setzt der Kassenvorstand die nach § 1 erforderlichen oder zulässigen Änderungen des Grundlohns vorläufig fest.

§ 4. — Für Beschäftigte, die zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse verpflichtet sind und für die nach den Vorschriften dieser Verordnung ein höherer Grundlohn in Betracht kommt als der bisherige höchste Grundlohn ihrer Kasse, haben die Arbeitgeber der Kasse binnen vier Wochen nach dem Inkrafttreten dieser Vorschriften die zur Berechnung der Beiträge erforderlichen Angaben zu machen.

Zuwiderhandlungen werden gleich Zuwiderhandlungen gegen § 318 der Reichsversicherungsordnung bestraft.

II. Ausdehnung der Versicherungspflicht.

§ 5. — Im § 1 der Verordnung über Ausdehnung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der Krankenversicherung vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321) wird das Wort „fünftausend" durch das Wort „zwanzigtausend" ersetzt.

§ 6. — Wer in der Zeit seit dem 2. Dezember 1918 wegen Überschreitens der Einkommensgrenze von fünftausend Mark aus seiner Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse ausgeschieden ist, kann

bei dieser Kasse binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten dieser Vorschriften die Wiederaufnahme als Mitglied gemäß § 313 der Reichsversicherungsordnung beantragen, sofern er beim Ausscheiden zur Weiterversicherung berechtigt war und nicht jetzt nach § 5 versicherungspflichtig ist.

Die Kasse kann den Berechtigten, wenn er sich zum Beitritt meldet, ärztlich untersuchen lassen. Eine Erkrankung, die beim Wiedereintritt bereits besteht, begründet für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung.

§ 7. — Sind seit dem 2. Dezember 1918 Personen der im § 1 der Verordnung vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321) bezeichneten Art trotz Überschreitens der Einkommensgrenze von fünftausend Mark von ihrer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse weiter wie versicherungspflichtige Mitglieder behandelt worden, so kann diese Mitgliedschaft nachträglich nicht mehr angefochten werden. Dies gilt auch für solche Fälle, in denen beim Inkrafttreten dieser Vorschriften ein Streitverfahren schwebt.

§ 8. — Die Frist zur Meldung derjenigen Beschäftigten, welche durch die Vorschrift des § 5 der Versicherungspflicht neu unterstellt werden, wird bis zum achten Tage nach dem Inkrafttreten dieser Vorschriften erstreckt, soweit sie nicht nach § 317 der Reichsversicherungsordnung darüber hinausläuft. Die Meldung kann wirksam schon vor dem Inkrafttreten dieser Vorschriften geschehen.

III. Schlußvorschriften.

§ 9. — Die Vorschriften der §§ 1 bis 4 treten mit dem Tage der Verkündung in Kraft. Mit dem gleichen Tage tritt § 1 der Bekanntmachung, betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges, vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085) außer Kraft.

§ 10. — Die Vorschriften der §§ 5 bis 8 treten mit dem 26. April 1920 in Kraft.

Anmerkung: Tag der Verkündung im Sinne des § 9 ist der Tag der Ausgabe der Nr. 65 des RGBl., das ist: der 7. April 1920.

Schon aber scheint der Bestand dieser von uns im Heft 11 S. 217 angekündigten Verordnung wieder in Frage gestellt zu werden. Denn sie begegnet nicht nur dem dort erwähnten scharfen Widerspruch der Ärzte, sondern auch Bedenken von anderer Seite. Es wird geltend gemacht, daß auch den Krankenkassen und den Versicherten selbst ein schlechter Dienst mit dieser Änderung geleistet werden würde. Es sind deshalb, wie die Demokratische Parteikorrespondenz erfährt, Bestrebungen im Gange, welche darauf abzielen, daß die Nationalversammlung den Beschluß ihres 6. Ausschusses, wie das in der Geschäftsordnung vorgesehen ist, beanstandet und außer Geltung setzt.

Umsatzsteuerfreiheit der Apotheker für Kassenlieferung.

Bescheid des **Reichsministers der Finanzen** vom 23. Februar 1920 (III. 3803).

Die Verhandlungen darüber, inwieweit die Apotheker berechtigt sind, für gelieferte Arzneien die Umsatzsteuer nach § 12 des neuen Gesetzes getrennt in Rechnung zu stellen, sind noch nicht abgeschlossen. Die Frage ist aber im vorliegenden Fall, wo es sich um die Lieferung an die reichsgesetzlichen Krankenkassen handelt, mit Rücksicht auf § 2 Abs. 1 Nr. 9 gegenstandslos. Danach sind von der Besteuerung ausgenommen ärztliche und ähnliche Hilfeleistungen, soweit die Entgelte für sie von den reichsgesetzlichen Krankenkassen und gewerkschaftlichen Krankenkassen zu zahlen sind. Es würde dem Sinn und Zweck dieser Vorschrift widersprechen, wollte man die ärztlichen Hilfeleistungen befreien und die in unmittelbarem Zusammenhange mit ihnen stehenden Hilfeleistungen der Apotheker der Umsatzsteuer unterwerfen. Die Worte „ähnliche Hilfeleistung" können auch nur dahin verstanden werden, daß unter diesen Begriff auch Hilfeleistungen von Apothekern fallen. Daß diese Auslegung dem Sinne des Gesetzgebers entspricht, geht auch aus der Vorgeschichte der Vorschrift hervor. Bei der zweiten Lesung des Gesetzes in der Nationalversammlung am 17. Dezember 1919 fragte der Abgeordnete Philipp, wie sich die Regierung dazu stellt, die ärztlichen Leistungen von Krankenkassen von der Umsatzsteuer zu befreien. Er wollte weiter in Erwägung gezogen wissen, ob nicht eine gewisse Rückvergütung für die durch die Umsatzsteuer den Kassen versteuerten Medikamente vergütet werden könne. Als Verdichtung dieser Anregung wurde der in der dritten Lesung als § 2 Abs. 1, 8a (jetzt 9) angenommene Antrag Becker bezeichnet, ohne daß Regierung und Haus Widerspruch erhoben hätten. Demnach war es Wille des Gesetzgebers, daß die angezogene Vorschrift auch die Heilmittel selbst umfaßt. Ich ersuche ergebenst, für möglichste Verbreitung dieses Erlasses in den beteiligten Kreisen Sorge tragen zu wollen. Ich mache aber darauf aufmerksam, daß die Apotheker die Befreiung nur beanspruchen können, wenn sie ihre Bücher so führen, daß die Lieferungen an Krankenkassen von den übrigen zu unterscheiden sind.

Zum Berliner Abkommen.

Bescheid des **Vorsitzenden des Zentralausschusses zur Durchführung des Berliner Abkommens** vom 8. März 1920 (II. Nr. 1198).

Die Bedenken des Oberversicherungsamts wegen einer Entrechtung der Ärzte bei der Zulassung zur Kassenpraxis dürften nicht begründet sein. Nach Nr. 1 der Bestimmungen über die Führung des Arztregisters hat jeder Arzt, mithin auch jeder in den Kassenbezirk neu zuziehende Arzt ohne Beschränkung das Recht, sich in das Arztregister eintragen zu lassen. In dem Antrage auf Eintragung liegt zugleich der Antrag auf Zulassung zur Kassenpraxis, der solange als gestellt gilt, als der Arzt aus dem Register nicht gelöscht ist. Eines neuen Zulassungsantrags bedarf es daher weder dann, wenn bei einer Kasse durch Ausscheiden eines bisher bei ihr tätigen Arztes eine Stelle frei wird, noch dann, wenn bei ihr durch Vermehrung ihrer Ärztezahl neue Stellen geschaffen werden. Die Auswahl unter den eingetragenen Ärzten steht nicht etwa im Ermessen des Kassenvor-

standes; ihm ist vielmehr nur ein Vorschlagsrecht eingeräumt; im übrigen entscheidet darüber nach Nr. VI, VII der bezeichneten Bestimmungen der paritätisch — aus Ärzten und Kassenvertretern — zusammengesetzte Registerausschuß, und zwar nach bestimmten, vorher vereinbarten Regeln. Bei deren Aufstellung dürfte naturgemäß die Reihenfolge der Eintragungen regelmäßig besondere Beachtung finden. Würde beim Freiwerden einer Kassenarztstelle oder bei Errichtung neuer Stellen ein erneuter Antrag auf Zulassung gestattet, so würde damit entweder dem sich zufällig meldenden Arzte eine Vorzugsstellung gegenüber den übrigen gleich oder bereits besser berechtigten, im Register eingetragenen Ärzten eingeräumt oder eine nutzlose, weil nicht zu beachtende Handlung vorgenommen werden.

Was sodann die zweite vom Oberversicherungsamt angeregte Frage anbelangt, so trifft die Annahme zu, daß Rechts- oder Zwangsmittel zur Herstellung eines Einvernehmens zwischen Oberversicherungsamt und Ausschuß hinsichtlich der nach Nr. VII der Bestimmungen aufzustellenden Regeln im Berliner Abkommen nicht vorgesehen sind. Die Mitwirkung des Oberversicherungsamts ist nicht in der Absicht erfolgt, ihm hier in irgendeiner Weise eine dem Registerausschuß übergeordnete Stellung einzuräumen. Sein Einvernehmen ist in der Hauptsache vorgesehen worden, damit bei den Regeln auch die allgemeinen Gesichtspunkte und nicht allein die rein örtlichen Verhältnisse berücksichtigt werden. Das Oberversicherungsamt überschaut die Verhältnisse für einen größeren Bezirk, während der Registerausschuß im wesentlichen von denjenigen seines engeren Bereichs ausgeht. Änderungen können nur im Wege der Verhandlungen herbeigeführt werden. Soweit dadurch ein Einvernehmen nicht erzielt wird, bleibt das freie Ermessen des Registerausschusses ausschlaggebend. Im übrigen sind alle wesentlichen Grundsätze im Berliner Abkommen und in den dazu erlassenen Bestimmungen festgelegt, so daß für erhebliche Meinungsverschiedenheiten kaum Raum bleiben dürfte. Gegebenenfalls würden auch die am Berliner Abkommen beteiligten Verbände zu einem vermittelnden Eingreifen voraussichtlich bereit sein.

(„Deutsche Landkrankenkasse".)

Zum Begriff der häuslichen Gemeinschaft bei der Familienwochenhilfe.

Urteil des Versicherungsamts der Stadt Berlin vom 29. März 1920 (Tgb. 7176 K. 20).

Klägerin erhebt aus Anlaß ihrer am 16. Januar 1920 erfolgten Entbindung Anspruch auf Familienhilfe. Sie führt aus: Ihr Ehemann sei seit ungefähr elf Jahren bei der Firma ..... in Berlin beschäftigt und gehöre seitdem der beklagten Ortskrankenkasse als Mitglied an. Klägerin habe bisher keiner Krankenkasse angehört. Im Juni 1919 habe sie sich verheiratet. Infolge der Wohnungsnot wohne sie seitdem bei ihrer Schwiegermutter in Reppen. I h r E h e m a n n s e i i n B e r l i n i n S c h l a f s t e l l e u n d f a h r e j e d e n S o n n a b e n d n a c h R e p p e n z u r K l ä g e r i n, w o e r b i s S o n n t a g a b e n d v e r b l e i b e. D i e W o h n u n g s m i e t e z a h l t d e r E h e m a n n. Mit Rücksicht darauf, daß er in Berlin beschäftigt sei und für ihn die Lebensmittelversorgung in Berlin als Stadt seines überwiegenden Aufenthaltes eine gesichertere sei als in Reppen, er auch eher hoffen könne, in Berlin eine Wohnung für sich und seine Ehefrau zu erhalten, habe er sich hier polizeilich anmelden lassen. Er habe sich daher schon an die 10. Wohnungsinspektion gewandt und sei in die Liste von Wohnungssuchenden eingetragen. Es liege also keineswegs eine Trennung der häuslichen Gemeinschaft vor.

Die Beklagte beantragt Abweisung der Klägerin, indem sie folgendes erwidert: Der Ehemann der Klägerin sei vom 7. Juni 1907 bis 17. Februar 1915 Mitglied der Beklagten gewesen, sei dann Soldat geworden und mit dem 15. Januar 1919 wieder als versicherungspflichtiges Mitglied bei der Beklagten eingetreten. Sein Wohnsitz und seine Arbeitsstelle seien immer Berlin gewesen. Im Laufe des Jahres 1919 habe er sich verheiratet, doch habe er seine Ehefrau nicht nach Berlin mitnehmen können, da er hier keine Wohnung bekommen habe. Die Ehefrau sei daher bei seinen Eltern in Reppen geblieben. Auf die von der Beklagten an den Ehemann der Klägerin gerichteten Frage, ob er regelmäßig Sonnabends nach Reppen fahre und ob er dort polizeilich gemeldet sei, habe er erklärt, er fahre nur ab und zu nach Reppen und sei in Berlin polizeilich gemeldet. Hiernach liege also eine häusliche Gemeinschaft nicht vor. Auch sei die Meldung bei der Wohnungsinspektion kein Beweis dafür, daß der Ehemann der Klägerin beim Eintritt des Versicherungsfalles am 16. Januar 1920 in häuslicher Gemeinschaft mit der Ehefrau gelebt habe.

Das Versicherungsamt verurteilte die Kasse zur Gewährung der Wochenhilfe aus folgenden G r ü n d e n:

Zur Gewährung der Familienhilfe aus §§ 10 und 205a des Gesetzes vom 26. September 1919 bedarf es im vorliegenden Falle der Feststellung, ob eine häusliche Gemeinschaft der Eheleute vorliegt und auch schon zur Zeit der Entbindung vorlag. Unbestritten ist der Ehemann der Klägerin seit etwa elf Jahren, abgesehen von der Zeit seines Heeresdienstes, in Berlin beschäftigt und auf Grund dieser Beschäftigung Mitglied der Beklagten. Diese Tatsache allein begründet aber noch nicht einen Anspruch der Klägerin aus § 10 des genannten Gesetzes. Es kommt vielmehr auch darauf an, ob in diesem Falle eine häusliche Gemeinschaft zwischen den Eheleuten im Sinne der fraglichen Gesetzesbestimmung anzunehmen ist. Diese Frage ist zu bejahen im Hinblick auf die zu diesem Gesetz gemachten zutreffenden Erläuterungen von H o f f m a n n, Anm. 2 zu § 205a S. 34. Danach ist eine häusliche Gemeinschaft auch dann anzunehmen, wenn der Versicherte auswärts arbeitet und regelmäßig am Ende der Woche in seine Familienwohnung zurückkehrt oder im Bedarfsfalle ohne besondere Umstände sogleich dorthin zurückkehren kann. Ein solcher Fall ist hier als gegeben anzusehen. D e r E h e m a n n d e r K l ä g e r i n f ä h r t r e g e l m ä ß i g j e d e n S o n n a b e n d z u s e i n e r E h e f r a u n a c h R e p p e n. Dies beweist eine dementsprechende von der Klägerin ausgestellte und von der Polizeiverwaltung Reppen beglaubigte Bescheinigung. Eine Trennung der Eheleute, welche einer Aufhebung der häuslichen Gemeinschaft gleich zu erachten wäre, liegt und lag hiernach auch zur Zeit der Entbindung nicht vor. Daher entbehren die von der Beklagten geltend gemachten Bedenken der Begründung.

Anmerkung: Die Entscheidung ist uns übersandt unter Hinweis auf unsere vermeintlich „abweichenden" Auskünfte in den Heften 6 S. 119 Ziff. 4 und 10 S. 198 Ziff. 1. Das ist ein Irrtum. Wir halten die Entscheidung für begründet. Im vorliegenden Falle hatte der Ehemann in Berlin nur eine Schlafstätte, in Reppen aber bei seiner Mutter für seine Ehefrau und zugleich für sich selbst eine Wohnung, in der er regelmäßig von Sonnabend bis Sonntag abends einkehrte und auch wohl sonst einkehren konnte, und für die er die Miete bezahlte. Das stempelte diese Wohnung zu einer das Leben der Eheleute in häuslicher Gemeinschaft ermöglichenden und dieser Gemeinschaft auch tatsächlich dienenden Einrichtung. Hierdurch unterscheidet sich der vorliegende Fall sehr wesentlich von den Fällen, auf die sich jene beiden Auskünfte beziehen.

Zur Anwendung der §§ 214 und 212 RVO. bei der Familienwochenhilfe für Erwerbslose.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** v. 10. März 1920 (Nr. 30161. W.).

Nach § 205a RVO. in der Fassung des § 10 des Gesetzes vom 26. September 1919 erhalten Familienwochenhilfe die versicherungsfreien Ehefrauen der Versicherten, sofern sie mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben. Das Vorliegen der Voraussetzung der Versicherungsfreiheit und des Lebens in häuslicher Gemeinschaft mit ihrem Ehemann durch Berta K. wird seitens der in Anspruch genommenen Kassen nicht bestritten. Streit besteht lediglich darüber, ob Jakob K. im Augenblick der Niederkunft seiner Frau, d. i. in dem Zeitpunkte, der für die Gewährung der Familienwochenhilfe als Eintritt des Versicherungsfalls zu gelten hat, als „Versicherter" anzusehen ist, bejahendenfalls, welche der beiden Kassen zur Leistung der Familienwochenhilfe in diesem Falle verpflichtet ist.

Da, wie bereits erwähnt, der Zeitpunkt der Entbindung den Eintritt des Versicherungsfalls bildet, da aber anderseits die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse erst in dem Augenblick beginnt, in dem der Arbeitnehmer zur Verfügung des Arbeitgebers stehen muß, dies aber bei dem erstmaligen Arbeitsantritt nicht früher als im Augenblick des Beginns der festgesetzten Arbeitszeit der Fall sein kann, so ist Jakob K., nachdem für ihn die Arbeitszeit erst am Montag, den 6. Oktober 1919 vormittags 7 Uhr, begann, im Augenblick der Niederkunft seiner Ehefrau noch nicht in einem Arbeitsverhältnis bei der Eisenbahnwerkstätteninspektion I in M. gestanden und damit noch nicht Pflichtmitglied der Betriebskrankenkasse I der B. Staatseisenbahnverwaltung gewesen. Die Leistungspflicht der Betriebskrankenkasse I der B. Staatseisenbahnverwaltung zur Gewährung der vollen Familienwochenhilfe an Berta K. kommt daher nicht in Frage. Wieweit ihre Leistungspflicht etwa auf Grund des § 212 RVO. in Anspruch genommen werden kann, wird davon abhängen, ob und wieweit die Allgemeine Ortskrankenkasse M.-Stadt zunächst zur Gewährung der Familienwochenhilfe verpflichtet ist.

Hierzu ist zunächst zu prüfen, ob etwa Jakob K. im Zeitpunkt der Niederkunft seiner Ehefrau noch als Versicherter im Sinne des Gesetzes zu gelten hat. Nach § 9 Abs. 3 Satz 1 RVO. über Erwerbslosenfürsorge in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. April 1919 (RGBl. S. 416) und der hierzu für den Bereich des Stadtrats M. erlassenen Satzung wird die Erwerbslosenunterstützung nur für die sechs Wochentage gewährt. Jakob K., der sich am Samstag, den 4. Oktober 1919, selbst bei dem für ihn zuständigen Wohlfahrtsausschuß abgemeldet hat, ist daher mit diesem Tage aus dem Bezuge der Erwerbslosenunterstützung ausgeschieden. Er hat daher auch mit dem Ablauf des 4. Oktober 1919 die Mitgliedschaft bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse M.-Stadt, wie sie auf Grund der gemäß § 12b Abs. 1 der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge zwischen dem Stadtrat M. und der Allgemeinen Ortskrankenkasse M.-Stadt im Mai 1919 getroffenen Vereinbarung für die im Bezirke des Stadtrats M. im Genusse der Erwerbslosenunterstützung stehenden Personen besteht, verloren.

Gemäß § 12b Abs. 6 der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge steht ein Ausscheiden aus der Kasse wegen Wegfalls der Erwerbslosenunterstützung dem Ausscheiden wegen Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214 RVO. gleich, d. h. der ausscheidende Erwerbslose behält alle Ansprüche gegen die Kasse, wenn er in den dem Ausscheiden vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen gegen Krankheit versichert war und der Versicherungsfall binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden und vor Eintritt in ein neues Versicherungsverhältnis stattfindet. Es ist unbestritten, daß Jakob K. die erforderliche Wartezeit für den Anspruch nach § 214 RVO. zurückgelegt hat. Auch ist der Versicherungsfall, d. i. die Entbindung noch binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse und vor dem Eintritt in die Pflichtmitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse I der B. Staatseisenbahnverwaltung eingetreten. Die Annahme der Allgemeinen Ortskrankenkasse M.-Stadt, daß § 214 RVO. nicht Anwendung finden könne, weil eine Unterbrechung in der Kassenmitgliedschaft nicht bestanden habe, ist hinfällig. Denn in dem Augenblick der Einstellung der Erwerbslosenunterstützung und damit des Ausscheidens des Jakob K. aus der Kasse stand keineswegs fest, daß er auch tatsächlich am Montag, den 6. Oktober 1919, die Arbeit bei der Eisenbahnwerkstätteninspektion I aufnehmen werde. Wenn dies auch beabsichtigt war und auch tatsächlich geschehen ist, so ist für die Frage der Anwendbarkeit des § 214 RVO. die Sachlage doch lediglich so zu beurteilen, wie sie sich im Augenblicke der Niederkunft darstellte. Damals aber war

Jakob K. nicht mehr im Bezuge der Erwerbslosenunterstützung und hatte auch noch nicht ein neues Arbeitsverhältnis begonnen. Wie daher bei einer etwa zwischen dem Ablauf des 4. Oktober 1919 und dem Beginn der Arbeitsaufnahme am 6. Oktober 1919 vormittags 7 Uhr liegenden Erkrankung des Jakob K. die Allgemeine Ortskrankenkasse M.-Stadt gemäß § 214 RVO. leistungspflichtig gewesen wäre, so ist sie auch, nachdem anspruchsberechtigt auf Familienwochenhilfe das versicherte Familienoberhaupt ist (vgl. Entsch. d. RVA. vom 4. Juni 1918 in Amtl. Nachr. 1918 S. 424), aus Anlaß der innerhalb dieses Zeitraumes erfolgten Niederkunft der Ehefrau des Jakob K. zunächst zur Gewährung der Familienwochenhilfe zuständig. Da Jakob K. jedoch bereits am Tage des Eintritts des Versicherungsfalls Mitglied der Betriebskrankenkasse I der B. Staatseisenbahnverwaltung geworden ist und da § 212 Abs. 1 RVO., wonach, wenn ein Versicherter, der im Genusse von Leistungen steht, zu einer anderen Kasse übertritt, diese Kasse die weitere Leistung zu übernehmen hat, auch für die Familienwochenhilfe Anwendung finden muß (vgl. Entschl. des Ministeriums für soziale Fürsorge vom 3. Januar 1920 im Bayer. Staatsanzeiger 1920 Nr. 6, Ziff. 6 lit a letzter Satz), so erstreckt sich die Leistungspflicht der Allgemeinen Ortskrankenkasse M.-Stadt allerdings nur auf die am 6. Oktober 1919 fälligen Leistungen, d. i. auf den einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung in Höhe von 50 ℳ, auf ein Wochengeld für den 6. Oktober 1919 in Höhe von 1,50 ℳ und auf ein Stillgeld für diesen Tag in Höhe von 75 Pf. Die ab 7. Oktober 1919 weiterhin noch fälligen Leistungen an Wochen- und Stillgeld hat die Betriebskrankenkasse I der B. Staatseisenbahnverwaltung in R. zu übernehmen.

B. Zur Angestelltenversicherung.

Beitragserstattung nach § 60 Angest.-Vers.-Ges.; „wesentlicher" Unterhalt.

Urteil des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 25. Juni 1919 (P. 62/19).

Nach § 60 Vers. Ges. für Angest. hat der Beitragserstattungsanspruch der Geschwister einer verstorbenen Versicherten, sofern sie mit ihr nicht in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben, zur Voraussetzung, daß die Geschwister von der Versicherten „wesentlich aus ihrem Arbeitsverdienst unterhalten worden sind". Sprachlich kann das sowohl bedeuten, daß der Unterhalt der Geschwister wesentlich aus dem Arbeitsverdienst, im Gegensatz zu anderen Einnahmequellen der Verstorbenen, bestritten worden ist, als auch, daß durch den geleisteten Beitrag die Geschwister wesentlich unterhalten worden sind. Einen Anhalt für die Bedeutung des Wortes „wesentlich" gibt die Entstehungsgeschichte des § 593 der Reichsversicherungsordnung, nach welchem den Verwandten aufsteigender Linie eines durch Unfall Getöteten eine Rente zusteht, wenn der Verstorbene sie „wesentlich" aus seinem Arbeitsverdienste unterhalten hat. Im Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 (§ 6 Ziff. 2b) wurde dieser Anspruch Verwandten aufsteigender Linie nur gewährt, wenn der Getötete ihr „einziger" Ernährer gewesen war. Im Gewerbeunfallversicherungsgesetz vom 30. Juni 1900 (§ 18) wurde diese Vorschrift dahin gemildert, daß es genügte, wenn der Unterhalt durch den Verstorbenen ganz oder überwiegend bestritten worden war, was in der Rechtsprechung dann angenommen wurde, wenn der Getötete mehr als die Hälfte der Kosten des Lebensunterhalts getragen hatte. Die gleiche Fassung war im § 612 des Entw. der Reichsversicherungsordnung (jetzt § 593) vorgeschlagen; erst bei der dritten Lesung im Plenum des Reichstages wurde an Stelle der Worte „ganz oder überwiegend" das Wort „wesentlich" gesetzt (Stenogr. Ber. S. 7277). Es kann keinem Zweifel unterliegen, ist übrigens auch in der Beratung von dem Abgeordneten Hoch ausdrücklich hervorgehoben worden, daß hierdurch eine weitere Milderung in dem Sinne bezweckt wurde, daß der Rentenanspruch auch dann begründet sein sollte, wenn der Unterhaltsbeitrag nicht mehr als die Hälfte der Gesamtkosten ausmachte, aber doch einen wesentlichen Teil davon bildete. So ist die Vorschrift auch in der Rechtsprechung aufgefaßt worden (zu vgl. Entsch. vom 10. Juni 1914 — Ia 1293/14 —, mitgeteilt in der Monatsschr. für Arb. und Angest. Vers. 1915 S. 272). Wenn das der Fall ist, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu entscheiden. Das Bayerische Landesversicherungsamt hat in einer Entsch. vom 24. Juni 1914 (ebenda 1915 Sp. 210) angenommen, daß ein Unterhaltsbeitrag dann wesentlich ist, wenn durch den Wegfall der Unterstützung der Lebensunterhalt des Unterstützten gefährdet wird, weil sein Einkommen so gering ist, daß es zur Bestreitung der notwendigsten Lebensbedürfnisse nicht ausreicht. Das Oberschiedsgericht glaubt sich dieser Auffassung auch bei Auslegung des § 60 des Vers. Ges. für Angest. anschließen zu sollen. Von diesem Gesichtspunkt ist aber vorliegend die Wesentlichkeit des geleisteten Unterhaltsbeitrages zu bejahen. Die Klägerin hatte eine Pension von 1440 ℳ; hierzu traten Kapitalzinsen von unerheblicher Höhe. Bei einem Gesamteinkommen von rund etwa 1500 bis 1600 ℳ bedeutete aber ein Zuschuß von 300 ℳ eine wichtige Ergänzung der geringen, zur Bestreitung des Lebensunterhalts verfügbaren Mittel, zumal im Hinblick auf die gegenwärtige Teuerung. Hiernach erscheint die Annahme be-

gründet, daß durch den Wegfall der Unterstützung der Lebensunterhalt der Klägerin gefährdet werde; der Unterhaltsbeitrag war daher „wesentlich“ im Sinne des § 60 des Vers. Ges. für Angest.

Hiernach ist der erhobene Anspruch gerechtfertigt. Wegen Feststellung des Anspruchs der Höhe nach ist die Sache an den Rentenausschuß zurückverwiesen.

Sprechsaal.

Wegfall der Beitragspflicht aus § 397 Abs. 1 RVO. infolge Anmeldung durch einen anderen Arbeitgeber?

Auf die in der ArbVers. 1919 S. 575/576 zur Erörterung gestellte Anfrage erwidere ich folgendes: Der § 397 Abs. 1 RVO. ist so unzweideutig abgefaßt, daß man eigentlich auf Zweifel irgendwelcher Art nicht kommen kann. Um so schwerer sind die Entscheidungen des Reichsversicherungsamts vom 14. 8. 1915 (2098 Amtl. Nachr. 1915 S. 684, ArbVers. 1916 S. 58) und vom 23. 2. 1918 (Ortskrk. 1918 S. 468) verständlich. Schon § 317 RVO. legt dem Arbeitgeber die Pflicht auf, jeden Versicherungspflichtigen binnen drei Tagen nach Beginn und Ende der Beschäftigung der Kasse zu melden, und wenn es dann im § 397 RVO. heißt, daß die Beiträge bis zur „vorschriftsmäßigen“ Abmeldung fortzuzahlen sind, so geht daraus wiederum unzweideutig hervor, daß der Arbeitgeber eben doch eine „vorschriftsmäßige“ Abmeldung einreichen muß, wenn er von der Weiterentrichtung der Beiträge entbunden sein will. Jeder Kassenpraktiker weiß, daß gerade die gewissenhafte Handhabung des Meldewesens die Grundlage für einen geordneten Geschäftsbetrieb bildet. Nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vom 9. 10. 13 sind die Krankenkassen aber auch verpflichtet, eine Statistik über die Mitgliederbewegung zu führen und diese alljährlich mit dem Rechnungsabschluß dem Versicherungsamt zu überreichen. Wenn die Krankenkassen diese wertvolle Statistik gewissenhaft führen wollen, so muß selbstverständlich der Kasse vom Beginn oder Ende eines jeden Beschäftigungsverhältnisses durch Einreichung einer vorschriftsmäßigen Meldung seitens des Arbeitgebers Kenntnis gegeben werden.

Nach der Entscheidung vom 14. 8. 15 würde der Absatz 1 des § 397 RVO. also zweierlei Wirkung haben können: Wird der Versicherte von einem neuen Arbeitgeber bei der gleichen Kasse angemeldet, so braucht der frühere Arbeitgeber weder eine vorschriftsmäßige Abmeldung einzureichen, noch die Beiträge über den Tag der Wiederanmeldung durch den neuen Arbeitergeber hinaus fortzuzahlen. Wird dagegen der Versicherte von einem neuen Arbeitgeber bei einer anderen Kasse angemeldet, so wäre vom früheren Arbeitgeber sowohl eine vorschriftsmäßige Abmeldung bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen als auch die Fortentrichtung der Beiträge vorzunehmen. — Wie soll aber die Entscheidung des RVA. vom 14. 8. 15 bei denjenigen Kassen Anwendung finden, die keine Kartothek haben, sondern ein Mitgliederverzeichnis in Buchform führen, was nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vom 9. 10. 13 zulässig ist? Bei einer solchen Kasse wird die Anmeldung eines Versicherten durch einen neuen Arbeitgeber wohl in das Mitgliederverzeichnis eingetragen, dabei aber nicht festgestellt, daß der betreffende Versicherte noch von einem anderen Arbeitgeber gemeldet ist, weil das Mitgliederverzeichnis nicht, wie die Kartothek, lexikalisch geführt werden kann. In diesem Falle müßte also dann eine vorschriftsmäßige Abmeldung eingereicht werden und auch die Weiterentrichtung der Beiträge erfolgen, weil die Kasse von der Doppelanmeldung „keine Kenntnis“ erhielt. Da es bekanntlich noch viele, hauptsächlich kleine Kassen gibt, die keine Mitgliederkartothek, sondern ein Mitgliederverzeichnis in Buchform führen, kann also die obenerwähnte Verordnung tatsächlich sogar in dreierlei Form Auslegung finden.

Die andere Entscheidung des RVA. vom 23. 2. 18 besagt, daß der Arbeitgeber zur Fortzahlung von Beiträgen nicht verpflichtet ist, wenn der Versicherte noch vor der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses arbeitsunfähig geworden war und die Arbeitsunfähigkeit über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus fortbestanden hat. — Auch das entspricht nicht den Bestimmungen des § 317 RVO., wonach das Ende des Beschäftigungsverhältnisses innerhalb drei Tagen der Kasse zu melden ist. Ganz abgesehen davon, daß der größte Teil der arbeitsunfähig Kranken nach Krankheitsbeendigung das Beschäftigungsverhältnis bei ihrem ursprünglichen Arbeitgeber ohne Unterbrechung fortsetzen, kann doch die Kasse nicht wissen, ob das Beschäftigungsverhältnis gelöst ist oder nicht. Will der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis bei eingetretener Arbeitsunfähigkeit des Versicherten lösen, so muß er diesen seinen Willen durch Einreichung einer vorschriftsmäßigen Abmeldung bei der Kasse kundtun. Versäumt der Arbeitgeber die Abmeldung, so muß er, weil die Beitragsfreiheit nur für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit besteht, nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit des Versicherten die Beiträge nach § 397 Abs. 1 bis zur Einreichung der vorschriftsmäßigen Abmeldung weiterentrichten, selbst wenn der Versicherte die Arbeit nicht wieder aufgenommen hat, weil das Beschäftigungsverhältnis während der Krankheitsdauer gelöst worden ist.

Aus den vorstehenden Ausführungen geht hervor, daß der Arbeitgeber nicht nur den Beginn, sondern auch das Ende des Beschäftigungsverhältnisses binnen drei Tagen bei der Kasse vorschriftsmäßig melden muß, um der Krankenkasse eine geordnete Geschäftsführung und die ihr gesetzlich auferlegten Verpflichtungen hinsichtlich der Mitgliederstatistik zu ermöglichen. Um die Arbeitgeber speziell zur Einreichung der Abmeldung anzuhalten, hat der Gesetzgeber die zwingende und klare Ordnungsvorschrift des § 397 Abs. 1 RVO. erlassen, die zwar von den säumigen Arbeitgebern als Härte empfunden werden kann, für die Krankenkassen aber unerläßlich notwendig ist.

Die beiden besprochenen Entscheidungen des RVA. lassen sich praktisch nicht durchführen, ohne den Geschäftsbetrieb der Krankenkassen, der durch die neue Verordnung betr. Wochenhilfe und Wochenfürsorge an und für sich wesentlich erweitert worden ist, erheblich zu erschweren. Wenn schon so deutliche

Gesetzesbestimmungen, wie Abs. 1 des § 397 RVO. von der Rechtsprechung so entstellt werden, braucht man sich nicht zu wundern, wenn selbst Fachleute öffentlich zugeben, sich infolge der vielen Verordnungen und grundsätzlichen Entscheidungen, die eine große Rechtsunsicherheit hervorrufen, nicht mehr zurechtzufinden. Aber gerade unsere Sozialversicherungsgesetzgebung sollte so beschaffen sein, daß sie nicht nur von Fachleuten, sondern auch von den Versicherten und Arbeitgebern leicht verstanden werden kann.

M. Baumann, Geschäftsführer der Allg. OKK. Lützen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Kommunalärzte in Preußen.

Im Hinblick darauf, daß die Verwaltungen von Städten und Gemeindeverbänden vielfach eigene Kommunalärzte angestellt haben, und daß diese Anstellung zukünftig noch häufiger als bisher erfolgen wird, ist der Wunsch laut geworden, der kommunalärztlichen Tätigkeit durch die Aufstellung von Richtlinien für die besondere Ausbildung der Kommunalärzte die erforderliche wissenschaftliche Unterlage zu geben und zugleich das Verhältnis des Kreisarztes zu der kommunalärztlichen Tätigkeit klarzustellen. Diesem Wunsche ist jetzt der Preußische Minister für Volkswohlfahrt durch die Herausgabe der folgenden „Richtlinien für die Ausbildung von Kommunalärzten und für das Verhältnis des Kreisarztes zur kommunalärztlichen Tätigkeit“ nachgekommen:

„Für die Ausbildung der Kommunalärzte ist zu unterscheiden zwischen den Ärzten, die bei der praktischen Betätigung der gesundheitlichen und der Krankenfürsorge örtlich mitzuarbeiten haben, und denen, die der Gemeindeverwaltung in allen Fragen der kommunalen und sozialen Hygiene mit Rat und Tat zur Seite stehen sollen. Um als Tuberkulose-, Säuglings-, Kleinkinder-, Krüppel- oder Alkoholfürsorgearzt bestellt zu werden, genügt es, wenn der Anwärter nachweist, daß er die erforderlichen fachärztlichen Kenntnisse besitzt und wenigstens ein halbes Jahr hindurch auf dem betreffenden Fürsorgegebiete als Hilfsarzt tätig gewesen ist. Für die Anstellung als Schularzt empfiehlt es sich, außer den erforderlichen Fachkenntnissen den Nachweis zu fordern, daß der Anwärter einen besonderen staatlich anerkannten Ausbildungslehrgang für Schulärzte von mindestens 6 Wochen Dauer durchgemacht hat.

Kommunalärzte, die der Gemeindeverwaltung in allen Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege und der sozialen Hygiene als ärztlicher Berater dienen sollen, müssen eine weit umfassendere Sonderausbildung nachweisen. Sie sollen nicht nur die Hauptgebiete der sozialen Hygiene praktisch studiert haben und deshalb am besten aus den Reihen bewährter Fürsorgeärzte genommen werden, sondern sie müssen auch in der allgemeinen Hygiene ein gewisses Maß von Kenntnissen aufweisen, wie die Kreisärzte, und die verschiedenen Untersuchungsmethoden auf dem Gebiete der Hygiene kennen. Ferner ist erforderlich die Kenntnis der einschlägigen Medizinal- und Gesundheits-Gesetzgebung, der sozialen Gesetzgebung und der medizinalstatistischen Methoden, deren Anwendung dem Kommunalarzt geläufig sein muß. Endlich müssen diese Kommunalärzte im engeren Sinne auch die Grundbedingungen und Erfordernisse der neuzeitlichen Seuchenbekämpfung kennen und anzuwenden in der Lage sein. Sie haben daher dieselben Sonderkenntnisse nachzuweisen wie der Kreisarzt, abgesehen kann von der Sonderausbildung in der gerichtlichen Medizin werden. Es wird sich daher empfehlen, von den Anwärtern für diese Stellen allgemein die Ablegung der Kreisarztprüfung zu verlangen. Eine zeitgemäße Abänderung der Prüfungsordnung für Kreisärzte ist in Vorbereitung. Die Ausbildung der Kreisarzt- und Kommunalanwärter in der kommunalen und sozialen Hygiene, einschließlich der besonderen Vorbereitung für den Schularztdienst, wird zweckmäßig in besonderen Unterrichtsstätten im Anschluß an geeignete städtische Anstalten und Einrichtungen des Gesundheitswesens stattfinden, die von mir hierfür anerkannt werden.

Was das Verhältnis der Kreisärzte zur kommunalärztlichen Tätigkeit angeht, so wird es im allgemeinen in Landkreisen, wo die Arbeitskraft des Kreisarztes durch seine medizinal- und sanitätspolizeilichen Dienstgeschäfte nicht voll in Anspruch genommen wird, genügen, wenn die hygienische und sozialhygienische Beratung der Verwaltung von Gemeinden und Gemeindeverband durch den Kreisarzt erfolgt, wie es seine Dienstanweisung vorsieht. Die praktische örtliche Fürsorgearzttätigkeit wird von besonderen Ärzten ausgeübt werden, soweit sie nicht auch durch den Kreisarzt ausgeübt werden kann. Die Bildung von Kreiswohlfahrtsämtern, die sich jetzt überall vorbereitet, erleichtert die Art der Mitwirkung des Kreisarztes insofern, als ihm in diesem Amt die Leitung der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege und soziale Hygiene übertragen werden kann.

Auch in den mittleren und größeren kreisfreien Städten wird diese Art kommunalärztlicher Versorgung genügen, besonders da, wo besondere Gerichtsärzte bestellt sind. Wird die eigentliche Kreisarzttätigkeit und die kommunalärztliche Tätigkeit für die Vereinigung an sich zu umfangreich, so wird die Bestellung besonderer Kommunalärzte im Hauptamte nötig sein, wie es bereits in einem beträchtlichen Teil der deutschen größeren Städte der Fall ist. Es empfiehlt sich, diese hauptamtlichen Kommunalärzte zu vollberechtigten Mitgliedern der Gemeindeverwaltung zu machen, damit sie die von ihnen bearbeiteten Angelegenheiten auch persönlich im Magistrat oder Gemeindevorstand zu vertreten in der Lage sind.“ —

Zu den vorstehenden Richtlinien wird von amtlicher Seite zugleich bemerkt, daß die Einrichtung von Sonderausbildungslehrgängen für Schulärzte und von solchen für Kreisarzt- und Kommunalarztanwärter in Vorbereitung ist. Der Wohlfahrtsminister beabsichtigt zunächst, je eine derartige Unterrichtsstätte im Anschluß an geeignete städtische Anstalten des Gesundheitswesens im Osten, in der Mitte und im Westen des Landes anzuerkennen.

Die Arbeits- und Gehaltsbedingungen der Berufsgenossenschafts-Angestellten

sind durch ein zwischen dem Arbeitgeberverband deutscher Berufsgenossenschaften einerseits und dem Zentralverband der Angestellten sowie der Vereinigung der Beamten und Angestellten der Reichsunfallversicherung unter Hinzutritt des Reichsverbandes deutscher Angestellten sowie des Gewerkschaftsbundes der Angestellten anderseits unterm 14. November 1919 abgeschlossenes Übereinkommen neu geregelt worden. Dieses Übereinkommen ist durch Verfügung des Herrn Reichsarbeitsministers vom 6. April 1920 — Nr. I B. R. 3684 (Tarif-Registerakten 385 S. 890) — mit Wirksamkeit vom 1. Januar 1920 ab im Gebiet des Deutschen Reiches für allgemein verbindlich erklärt worden. — Zu vgl. ArbVers. Heft 6 S. 116.

Schrifttum.

Die Erwerbslosenfürsorge. Reichsverordnung vom 26. 1. 20 nebst den Ausführungsbestimmungen des Reichs und Preußens, herausgegeben von Gerichtsassessor Dr. Bernhard Lehfeldt, Referent im Arbeitsministerium. Berlin 1920, Carl Heymanns Verlag. 120 Seiten. Preis 9 *M*.

Das Gesetzesmaterial dieses unter dem Druck der Not erstmalig mit besonderer Beschleunigung geformten und seitdem immer wieder ergänzten und veränderten Rechtsstoffs wird in dem vorliegenden Buche nach dem neuesten Stande vollständig dargeboten. Dem Text der Reichsverordnung vom 26. 1. 20 sind auch Erläuterungen in Kommentarform beigegeben, die den Zusammenhang der einzelnen Vorschriften miteinander und mit anderen Bestimmungen hervorheben und im übrigen besonders auf der rechtsgeschichtlichen Entwicklung und auf den preußischen Ausführungsvorschriften fußen. Es wäre erwünscht gewesen, wenn namentlich bei den §§ 12a ff. auch die Erörterungen in den Fachzeitschriften und die ergangenen Entscheidungen über manche Zweifelsfragen berücksichtigt worden wären. Aber auch so, wie sie vorliegt, ist die Arbeit ein willkommenes, praktisches Handbuch.

Die deutsche Sozialversicherung in ihrer Gestaltung nach dem Kriege. Von Prof. Dr. Schmittmann an der Universität Köln. Düsseldorf 1920 bei L. Schwann. Zweite, erweiterte Auflage. 191 Seiten. 10 *M*.

Ein vielbeklagter Mangel unserer Reichsversicherung ist die durch die Vielgestaltigkeit ihrer Einrichtungen bedingte Unübersichtlichkeit, die, in Verbindung mit den oft verwickelten Einzelvorschriften, das Verständnis außerordentlich erschwert, während doch gerade diese Gesetzgebung in besonderem Maße für die breiten Schichten des Volkes bestimmt ist. Da ist der Versuch, sie dem Verständnis dieser Nächstbeteiligten durch eine gemeinverständliche, zusammenfassende Darstellung näher zu bringen, zu begrüßen. Im Verlaufe des Krieges sind, nach der glaubwürdigen Angabe des Verfassers, rund 100 Verordnungen erschienen, die die Übersicht noch erschwerten. Der Verfasser hat auch diesen Stoff in seine Darstellung hineingearbeitet, und es ist ihm gelungen, von dem Ganzen sozusagen ein Bild aus der Vogelschau zu bieten, worin das Wesentliche klar hervortritt.

Die Beamten und Angestellten der Deutschen Sozialversicherung und deren organische Verschmelzung. Von Hans Waßmuth in Kassel. Kommissionsverlag von Theodor Thomas in Leipzig. 28 Seiten. Preis 1,20 *M*.

Die kleine, manches Beachtenswerte enthaltende Schrift vertritt und begründet Vorschläge einer organischen Verbindung der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung zu gemeinsamer Geschäftsführung in der Art, daß die Beamten der einzelnen Zweige künftig als „Beamte der gesamten Sozialversicherung“ dem allgemeinen Beamtenrecht unterliegen. Von dieser Zusammenfassung seien solche Haupterfolge zu erwarten: Einfachheit und Verbilligung der Verwaltung; Entlastung der Arbeitgeber dadurch, daß die Beitragszahlung für alle Versicherungszweige der Reichsversicherung nur an eine Stelle zu erfolgen hätte und die Beitragskontrolle nur durch ein Organ bewirkt zu werden brauchte; Unterstützung der Versicherten insofern, als der Weg zur Befriedigung ihrer gesetzlichen Ansprüche wesentlich vereinfacht und abgekürzt wäre, über ihre Anträge binnen kurzer Frist entschieden werden könnte; Unabhängigkeit der Beamtenschaft der Sozialversicherung von allen Sonderbestrebungen der Versicherungsträger und ihrer Leiter, gleichmäßig gerechte Behandlung der Beamten und unbeeinflußte Tätigkeit derselben zum Wohle der Allgemeinheit; Vereinigung aller Kräfte der Sozialversicherung zu wirksamer durchgreifender Hebung der Volksgesundheit und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des arbeitenden deutschen Volkes; Stärkung des Einheitsgedankens aller deutschen Stämme.

Der Betriebsrat. Wegweiser durch das Betriebsrätegesetz. Von Friedr. Kleeis, Arbeitersekretär in Halle a. S. Berlin 1920, Zentral-Verlag G. m. b. H. 53 Seiten. Preis 1 *M*.

Diese sehr zweckmäßige Einführung in das Gesetz, auf die wir bereits in einer Mitteilung im Heft 9 S. 177 aufmerksam gemacht haben, sei hier im Zusammenhange mit anderen Schriftwerken nochmals erwähnt. Sie bringt in freier, faßlicher Darstellung eine Wiedergabe des Inhalts des Gesetzes in allem Wesentlichen. Vielen wird das genügen oder sogar erwünschter sein als ein Kommentar in der Paragraphenfolge.

Betriebsrätegesetz vom 4. Februar 1920 nebst Wahlordnung und Verordnungen verwandten Inhalts, erläutert von Dr. Joh. Feig und Dr. Fr. Sitzler. Berlin 1920, Verlag von Franz Vahlen. 264 Seiten. Preis 9 *M* und Teuerungsaufschlag.

Der Plan einer umfassenden Räteorganisation mit Arbeiter- und Angestelltenräten, weiterhin mit Bezirksarbeiterräten und schließlich einem Reichsarbeiterrat ist umrissen in der Zusicherung des Art. 165 der Reichsverfassung vom 11. August 1919. In diesen Räten sollen die Arbeiter und Angestellten nach Abs. 2 des Art. 165 gesetzliche Vertretungen „zur Wahrnehmung ihrer sozialen und wirtschaftlichen Interessen“ erhalten. Im Unterbau ist dieser Plan durch das Betriebsrätegesetz verwirklicht. Der

weitere Ausbau wird folgen müssen. Auf die hohe Wichtigkeit des Gesetzes und auf die Notwendigkeit für jedermann, sich mit seinem Inhalt vertraut zu machen, braucht kaum hingewiesen zu werden. Das vorliegende Buch ist eine gute Einführung in das Verständnis des Gesetzes und ein praktisches Hilfsmittel für alle Beteiligten, besonders für diejenigen, die berufen sind, das Gesetz durchzuführen, die vorgesehenen neuen Einrichtungen sachgemäß auszugestalten und mit Leben zu erfüllen. Die Verfasser, beide vortragende Räte im Reichsarbeitsministerium, beherrschen den Stoff des Gesetzes und bieten — nach einer Einleitung, welche die Vorgeschichte, das Zustandekommen und die Grundzüge des Gesetzes behandelt — in den klaren Anmerkungen zu den einzelnen Paragraphen einen wertvollen Kommentar, der unter Heranziehung der Gesetzesmaterialien auch auf die Zusammenhänge der einzelnen Bestimmungen untereinander und mit anderen Vorschriften hinweist.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Zur Anwendung des § 212 RVO. auf die Wochenhilfe.

1. Nach Trebnitz (Schles.). Antwort: Wir halten auf Grund erneuter Erwägung, gegenüber den abweichenden Bemerkungen im Jahrg. 1915 S. 670, 715, die Auskunft im Jahrg. 1920 Heft 8 S. 159 Ziff. 4 aufrecht. Übrigens wird die Frage nur noch von geringer Bedeutung sein. Denn wegen der mit der Anwendung des § 212 RVO. auf die Wochenhilfe verbundenen Zweifel und Unzuträglichkeiten enthält der Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes v. 26. 9. 19 im § 3 folgende Vorschrift: „Wechselt die Wöchnerin während der Leistung der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit, so bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig." Entsprechendes gilt dann auch für die Familienwochenhilfe, weil der so abgeänderte § 195b auch im § 205a als anwendbar bezeichnet ist.

Wochenhilfe oder Wochenfürsorge für Angehörige von Reichs- oder Staats- usw. Beamten.

2. Nach Troisdorf. Antwort: Anspruch auf Familienwochenhilfe für ihre Ehefrauen usw. nach § 205a RVO. haben die Versicherten, also auch Reichs- oder Staats- usw. Beamten, wenn sie nicht nach § 169 RVO. versicherungsfrei sind. Dabei ist allerdings zu beachten, daß, wenn die Versicherungsfreiheit gemäß § 169 durch die Gewährleistung eines Anspruchs auf die Regelleistungen der Krankenkassen begründet sein soll, das Reich (der Staat usw.) auch die Wochenhilfe aus § 205a gewährleisten muß; denn auch diese gehört jetzt zu den Regelleistungen (zu vgl. ArbVers. 1919 S. 633 Ziff. 2). Aber die Versicherungsfreiheit nach § 169 kann auch durch Gewährleistung des Anspruchs auf Fortbezug von Gehalt usw. begründet sein, so daß der Beamte Wochenhilfe für seine Angehörigen nach § 205a weder von der Krankenkasse noch von seinem Arbeitgeber — dem Reich oder Staat usw. — zu beanspruchen hat; in diesem Falle hat, wenn die Wöchnerin „minderbemittelt" ist, die Krankenkasse die Leistungen der Wochenfürsorge vorschußweise auf Kosten des Reichs nach §§ 17 bis 20 Ges. v. 26. 9. 19 zu gewähren.

Wochenhilfe für Angehörige eines Reichswehrsoldaten.

3. Nach Hirschberg. Antwort: Die Kriegshandlungen sind schon seit längerer Zeit eingestellt, und insbesondere ist die neue Reichswehr nicht für Kriegszwecke, sondern für die innere Sicherheit des Reiches gebildet worden. Ihre Angehörigen leisten daher keine Kriegsdienste im Sinne der Verordnungen über die Kriegswochenhilfe. Diese Verordnungen gingen auch von der — an sich zutreffenden — Voraussetzung aus, daß der Kriegsteilnehmer durch den Heeresdienst wirtschaftlich nicht so günstig gestellt werde, um die Kosten für ein Wochenbett bestreiten zu können. Hingegen erhalten die Reichswehrsoldaten eine Besoldung, die dem Verdienste anderer Erwerbstätiger in abhängiger Stellung entspricht. Es liegt also auch keine wirtschaftliche Notwendigkeit vor, die Dienste bei der Reichswehr als Kriegsdienste aufzufassen. Als Personen des Soldatenstandes sind die Reichswehrsoldaten nicht versicherungspflichtig (§ 172 RVO.; vgl. Rundschr. des Reichsarbeitsministeriums in ArbVers. 1919 S. 446) und haben daher auch keinen Anspruch auf Wochenhilfe für ihre Angehörigen nach § 205a RVO. Ebenso dürfte Wochenfürsorge nach § 17 Ges. v. 26. 9. 19 nicht in Frage kommen, da der Reichswehrsoldat in dem Jahre vorher sicherlich mehr als 2500 M Einkommen gehabt hat.

a) Familienwochenhilfe für im Ausland Wohnende. b) Erstattung der Wochenhilfeleistungen nach § 197 RVO. an mehrere Kassen (§ 212).

4. Nach Waldenburg (Schlesien). Antwort: a) Nur wenn die nach § 205a RVO. anspruchsberechtigte Ehefrau des Versicherten sich erst nach Eintritt des Versicherungsfalls (der Entbindung) ohne die Zustimmung des Kassenvorstandes ins Ausland begeben hätte, würde der Anspruch auf Familienwochenhilfe ruhen, solange sie sich dort aufhält (zu vgl. § 216 Abs. 1 Ziff. 2 und Abs. 2 in der Fassung des Ges. v. 26. 9. 19). Wohnen aber die Eheleute in häuslicher Gemeinschaft schon bei der Niederkunft der Frau im Auslande, so schließt das den Anspruch auf Familienhilfe nicht aus.

b) Wenn der versicherte Ehemann der Wöchnerin nach der Niederkunft seiner Frau Mitglied einer anderen Kasse wird und diese daher die weitere Leistung der Familienwochenhilfe (§ 205a RVO.) gemäß § 212 RVO. übernimmt, so sind zwei leistungspflichtige Kassen vorhanden, von denen jede Erstattung ihrer Leistungen nach § 197 RVO. von den Kassen zu beanspruchen hat, bei denen der Ehemann im letzten Jahre vor der Niederkunft versichert gewesen ist,

und zwar bemißt sich der Anspruch „nach Verhältnis der Mitgliedzeit“, soweit diese in das bezeichnete Jahr fällt. Da der Ehemann in die zweite leistungspflichtige Kasse erst nach der Niederkunft übergetreten ist, hat diese Kasse Anspruch auf volle Erstattung des von ihr aufgewendeten Betrages gegen die beiden anderen Kassen. Die erste leistungspflichtige Kasse kommt also hier zugleich als erstattungspflichtig in Betracht. Wegen ihrer eigenen Aufwendungen an Wochenhilfe aber kann sie sich an die andere, lediglich erstattungspflichtige Kasse halten. Für die Ausrechnung der Erstattungsansprüche der Kassen fehlen aber die entscheidenden Angaben, da Sie nur den Gesamtaufwand beider Kassen, nicht den besonderen Aufwand jeder einzelnen mitteilen, und ferner nur die Mitgliedzeit bei Ihrer Kasse (21 Tage), nicht auch die in das Jahr vor der Niederkunft fallende Mitgliedzeit bei der ersten leistungspflichtigen Kasse angeben. Nennen wir den Aufwand dieser Kasse an Wochenhilfe x ℳ und die Zahl der Mitgliedstage im Vorjahre bei dieser Kasse y, während der Aufwand der zweiten leistungspflichtigen Kasse z ℳ beträgt, so ergibt sich folgende Berechnung: Die Mitgliedzeit im Vorjahre umfaßt zusammen y + 21 Tage. Von den z ℳ, welche die zweite leistungspflichtige Kasse verauslagt hat, entfallen also auf einen Tag $\frac{z}{y+21}$ so daß Ihre Kasse 21 $\frac{z}{y+21}$, die andere Kasse y $\left(\frac{z}{y+21}\right)$ ℳ zu erstatten hat. Von den x ℳ dagegen, welche die erste leistungspflichtige Kasse an Wochenhilfe aufgewendet hat, hat sie selbst y $\left(\frac{x}{y+21}\right)$ ℳ zu tragen, also nur 21 $\left(\frac{x}{y+21}\right)$ ℳ von Ihnen erstattet zu erhalten.

Kein Anspruch auf Familienwochenhilfe, wenn die Wöchnerin erst nach der Niederkunft sich mit dem Versicherten verheiratet.

5. Nach Castrop. Frage: Ein versichertes Mitglied unserer Kasse ist am 19. 1. 20 außerehelich entbunden worden und seit dem 27. 2. 20 mit dem Vater des Kindes verheiratet. Der Ehemann ist Mitglied des Allg. Knappschaftsvereins. Wir zahlten der Wöchnerin die Wochenhilfe gemäß § 195 RVO. bis zum 26. 2. 20, zusammen 401 ℳ. Unseres Erachtens ist der Allg. Knappschaftsverein vom 27. 2. ab zur Zahlung der Familienhilfe verpflichtet. Wir bitten um Äußerung auch darüber, für welche Zeit wir unsere Aufwendungen von dem Vater des Kindes gemäß § 1542 RVO. einziehen können.

Antwort: Der Anspruch auf Familienwochenhilfe (§ 205a RVO.) setzt Familienzugehörigkeit und häusliche Gemeinschaft mit dem Versicherten im Zeitpunkt der Niederkunft voraus (zu vgl. Entsch. des preuß. OVerwGer. in ArbVers. 1898 S. 476). Durch die nachträgliche Verheiratung mit dem Mitgliede des Knappschaftsvereins ist daher ein Anspruch gegen die knappschaftliche Krankenkasse nicht entstanden und selbstverständlich auch der Anspruch der Wöchnerin auf Grund der eigenen Versicherung bei der Ortskrankenkasse (§ 195a) nicht erloschen. — Auf die zweite Frage finden Sie die Antwort in ArbVers. 1919 S. 635 Ziff. 7.

Wieweit sind die Kosten ärztlicher Behandlung durch den Entbindungskostenbeitrag von 50 ℳ abgegolten?

6. Nach Ochsenfurt. Antwort: Wir haben in der Auskunft im Heft 7 S. 138 Ziff. 2 ausgeführt, daß gewisse ärztliche Leistungen, die im Anschluß an die eigentliche Entbindung bei einer normal verlaufenden Niederkunft nicht selten vorkommen, noch zu denjenigen zu rechnen sind, die als Wochenhilfe oder Familienhilfe oder Wochenfürsorge nach dem Ges. v. 26. 9. 19 zu gewähren sind. Diese sind daher durch die Entbindungsbeihilfe von 50 ℳ als abgegolten anzusehen (§ 195a Ziff. 1 RVO.). Werden darüber hinaus infolge anormalen Verlaufs der Entbindung weiter reichende ärztliche Leistungen erforderlich, so handelt es sich insoweit um Krankenpflege. Für die hierdurch entstehenden Mehrkosten über 50 ℳ hinaus hat daher die Kasse nur einzustehen, wenn die Wöchnerin gegen Krankheit versichert ist und infolgedessen Anspruch nach § 182 Ziff. 1 RVO. hat. Ob ein solcher als Krankheit anzusehender anormaler Verlauf vorliegt, ist eine ärztliche, je nach den Umständen des einzelnen Falles auf Grund pflichtmäßiger ärztlicher Begutachtung zu entscheidende Frage.

Beschränkung der Familienhilfe auf die Verordnungen eines Kassenarztes.

7. Nach Völklingen. Antwort: Wir halten den Standpunkt der Kasse für richtig und die Entscheidung des Versicherungsamts für falsch. Nach der Satzung gewährt die Kasse den näher bezeichneten Familienmitgliedern des Versicherten u. a. die Hälfte der Kosten für Arznei usw., soweit sie von Kassenärzten verschrieben sind. Diese Einschränkung ist zulässig und zur Geltung zu bringen, selbst wenn es sich um einen dringlichen Fall handelt (zu vgl. Entsch. des Reichsversicherungsamts 2370, Amtl. Nachr. 1917 S. 541, ArbVers. 1917 S. 700). Auf Ersatz der Kosten für Heilmittel, die ein fremder Arzt verschrieben hat, hat der Versicherte hiernach schlechthin keinen Anspruch. Der Grund, aus welchem die Verordnung der Heilmittel nicht vom Kassenarzt ausgegangen ist, ist bedeutungslos gegenüber der Tatsache, daß die Satzung diese Mehrleistung nur unter der erwähnten Voraussetzung zuläßt und daß das Gesetz die Verwendung von Kassenmitteln nur für die „satzungsmäßigen“ Leistungen gestattet (§ 363 RVO.). Deshalb ist es auch unerheblich, daß der Kläger, als er den fremden Arzt in Anspruch nahm, keine Kenntnis davon hatte und haben konnte, daß er infolge der Erhöhung der Versicherungsgrenze durch die Verordnung vom 22. 11. 18 wieder Pflichtmitglied der Kasse geworden war.

Fristlose Kündigung eines Vertrages mit der Krankenkasse durch den Ärzteverein.

8. Nach D. Frage: Wir haben 1915 mit einem Ärzteverein einen Vertrag abgeschlossen, der zunächst bis 31. 12. 17 galt und sich von diesem Zeitpunkt ab um jeweils ein Jahr verlängert, wenn er von keiner Seite spätestens am 1. 10. gekündigt wird. Der Ärzteverein hat nun am 17. 3. unter Bezugnahme auf § 626 BGB. den Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt, weil wegen der Geldentwertung es den Ärzten unmöglich sei, weiter zu den Vertragsätzen zu behandeln. Wegen höherer Forderungen ab 1. 1. 20 soll noch verhandelt werden. Wir sind der Ansicht, daß ein wichtiger Grund zur sofortigen Kündigung gemäß § 626 BGB. nicht vorliegt. Die Geldentwertung ist ja nicht plötzlich und auch nicht jetzt erst eingetreten; der Verein konnte den Vertrag schon bis 1. 10. 19 zum 1. 1. 20 vorschriftsmäßig kündigen. Gleichwohl haben wir mit Rücksicht auf die Teuerung dem Verein vom 1. 1. 20 ab einen Zuschlag von 50 v. H. zu den

Vertragsätzen angeboten. Wird die Kündigung aus § 626 BGB. für gerechtfertigt gehalten?

Antwort: Wir halten die Weigerung der Kasse, die Kündigung anzuerkennen, für gerechtfertigt. Der § 626 BGB. will nur aus Gründen der Billigkeit eine einseitige Lösung des Vertragsverhältnisses ermöglichen, wenn eine „wesentliche" Änderung der bei Eingehung des Vertrages mutmaßlich nicht gewürdigten Umstände eintritt (Motive Bd. 2 S. 468, 469) oder — wie das Reichsgericht es schon früher angenommen hatte — wenn gegen die Aushaltung des Vertrages „erhebliche", von dem einen Vertragschließenden nicht vorausgesehene Gründe sprechen (Entsch. in Zivils. Bd. 23 S. 167). Daraus ist ersichtlich, daß das Recht zur fristlosen Kündigung als eine außerordentliche Maßnahme gedacht ist, die nur dann gerechtfertigt ist, wenn andernfalls der Kündigende in unbilliger Weise eine „erhebliche" Beeinträchtigung erleiden würde. Steht ihm aber nach dem Vertrage ein befristetes Kündigungsrecht zu, durch dessen Ausübung er die nachteilige Wirkung der beim Abschluß des Vertrages nicht vorausgesehenen Umstände auf ein erträgliches Maß zurückführen kann, so ist ihm das Recht zur fristlosen Kündigung abzusprechen. So liegt die Sache im vorliegenden Falle. Der Verein der Ärzte konnte am 1. 10. 19 zum Ablauf des Jahres kündigen und so mit der Wahrung seines eigenen Interesses die billige Rücksicht, auf die doch auch die Kasse Anspruch hat, verbinden. Unterließ er dies, so ist es keine unbillige Zumutung, daß er die Folgen davon noch für ein weiteres Jahr tragen soll, soweit nicht durch das Entgegenkommen der Kasse eine Einigung erzielt wird.

Zur Anwendung a) **des § 420 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. und** b) **des § 9 Vrdg. v. 3. 2. 19 (§ 418 RVO.).**

9. Nach A. Frage: a) Ein Arbeitgeber im hiesigen Kreise, der ermäßigte Beiträge nach § 420 RVO. zahlt, und Jahresverträge je für die Zeit vom 15. Oktober jeden Jahres abschließt, hat einen Ermäßigungsantrag auch für die nach der Demobilmachung zurückgekehrten Heerespersonen gestellt. Diese haben sämtlich vor Kriegsausbruch bei ihm in festem Arbeitsverhältnis gestanden und haben die Arbeit am 15. 11. 18, 25. 11. 18, 27. 12. 18, bzw. am 1. 1. 19 oder 15. 1. 19, je nach Entlassung aus dem Heeresdienst, wieder aufgenommen. Der Kassenvorstand hat den Ermäßigungsantrag als unzulässig abgelehnt, weil der Arbeitsvertrag nicht auf ein Jahr geschlossen ist. Der Arbeitgeber hat in seiner Beschwerde darauf hingewiesen, daß die aus dem Heeresdienst Entlassenen dem für seine übrigen Gutsleute geltenden, vom 15. 10. 18 ab laufenden Jahresvertrag beigetreten und, daß hierdurch die Voraussetzungen des § 420 gegeben sind. Außerdem hatten die Zurückgekehrten vor ihrer Einziehung zum Heeresdienst gleichfalls in einem Jahresvertrag gestanden. Die Gutsverwaltung hat von den beteiligten Arbeitern nur die ermäßigten Beiträge eingezogen und legt deshalb Wert auf die Berücksichtigung des Ermäßigungsantrages. Ist dieser Standpunkt gerechtfertigt?

b) Ein Arbeitgeber, dessen Beschäftigte seit Januar 1914 nach § 418 RVO. von der Versicherungspflicht befreit waren, hat einen neuen Befreiungsantrag am 1. 1. 19 gestellt, der bei der Kasse am 5. 1. 19 eingegangen ist. In der Sitzung am 23. 12. 1919 hat der Kassenvorstand, nachdem er in der Zwischenzeit einige belanglose Feststellungen getroffen und im übrigen die Sache ohne ersichtlichen Grund zurückgelegt hatte, den Befreiungsantrag abgelehnt, soweit es sich um bisher nicht befreite Versicherungspflichtige handelt. Hiergegen hat der Arbeitgeber Beschwerde erhoben. Nach § 418 RVO. erfolgte die Befreiung von der Beitragsleistung mit Wirkung vom Eingangsdatum des Befreiungsantrages ab. Es wäre deshalb eine Auslegung der Verordnung vom 3. 2. 19 dahin denkbar, daß die vor Inkrafttreten derselben eingegangenen Befreiungsanträge noch nach § 418 RVO. zu erledigen sind. Erscheint dies richtig?

Antwort: a) Der § 420 RVO. entspricht dem § 137 des Ges. v. 5. 5. 86 (RGBl. S. 132). Die Motive hierzu (S. 71) führen aus: „Diese Regelung ermöglicht die Beibehaltung der in vielen Gegenden noch üblichen Naturalwirtschaft, bei der in erheblichem Umfang Wohnung, Feuerung, Nahrungsmittel, Landnutzung, Kleidung, Viehweide, Drescherverdienst und ähnliche Naturalleistungen als Teil des Lohnes gegeben werden und häufig die Barlöhnung überwiegen. Solche Leistungen haben die Eigentümlichkeit, daß sie im allgemeinen nur einmal im Jahr oder an wenigen, in größeren Zeiträumen wiederkehrenden Terminen fällig sind, dann aber, wenn sie in Empfang genommen sind, dem Empfänger während des ganzen Jahres zugute kommen." Und weiterhin (S. 73) heißt es: „Die Bestimmung, daß das Arbeitsverhältnis auf mindestens ein Jahr abgeschlossen sein soll, nimmt Rücksicht auf die Naturalleistungen, welche für die Zeit eines Jahres gewährt werden, und schließt Arbeitgeber, welche nur vorübergehend Arbeiter beschäftigen, aus. Die ganze Bestimmung ist nur auf ständige Arbeiterverhältnisse berechnet." Im vorliegenden Falle sind die Arbeiter dem für die übrigen Gutsleute geltenden, vom 15. 10. 1918 ab laufenden Jahresvertrage allerdings erst später beigetreten, so daß ihr Vertrag zunächst nicht für die volle Dauer eines Jahres abgeschlossen erscheint. Gleichwohl wird es dem dargelegten Zweckgedanken des Gesetzes entsprechen, das — zweifellos nicht unständige — Arbeitsverhältnis im Zusammenhange mit der früheren Beschäftigung zu betrachten und diese nur als durch den Heeresdienst unterbrochen anzusehen. Die Arbeiter sind jetzt in das im Oktober 1914 auf ein Jahr abgeschlossene Arbeitsverhältnis wieder eingetreten. Wir halten hiernach den Ermäßigungsantrag nach § 420 RVO. für begründet.

b) Nach § 9 der Vrdg. v. 3. 2. 19 (ArbVers. S. 125) finden Befreiungen von der Versicherungspflicht auf Grund des § 418 Abs. 1 RVO. nicht mehr statt. Das ist eine Norm öffentlichen Rechts, die vom Inkrafttreten der Vrdg. an (14. 2. 19) unbedingte Geltung beansprucht, soweit nicht etwa durch ihre Anwendung in ein bereits erworbenes Recht eingegriffen werden würde (zu vgl. Gründe der Entsch. des RVA. in ArbVers. 1901 S. 607 ff.). Durch die Stellung des Antrags auf Befreiung hatte der Arbeitgeber ein solches „Recht" noch nicht erworben. Zwar wirkt nach § 175, § 418 Abs. 2 die Befreiung vom Eingange des Antrags an. Das bedeutet aber nur, daß, wenn die Befreiung bewilligt wird, die bezeichnete Rückwirkung eintritt. Dagegen läßt sich hieraus nichts herleiten für die Frage, ob die Befreiung noch jetzt bewilligt werden kann. Auf diese Frage ist die Antwort nur aus § 9 Vrdg. zu entnehmen; und wenn diese Vorschrift im Abs. 1 „neue" Befreiungen aus § 418 schlechthin verbietet und durch Abs. 2 sogar bereits „geltende" Befreiungen mit Ablauf des 31. 12. 19 aufgehoben hat, so kann wohl kaum zweifelhaft sein, daß nach diesem Zeitpunkte weder der Kassenvorstand noch die mittels Beschwerde angerufene Versicherungsbehörde die Befreiung bewilligen darf, auch wenn der Antrag vor der Geltung der Vrdg. v. 3. 2. 19 gestellt war.

a) **Wer trägt die Kosten der Errichtung einer Landkrankenkasse?** b) **Verzinsung eines nach Art. 16 Einf. Ges. zur RVO. gewährten Vorschusses.**

10. Nach A. Antwort: a) Allgemeine Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen werden durch Beschluß des Gemeindeverbandes errichtet, der zur Erfüllung dieser Aufgabe angehalten werden kann (zu vgl. §§ 231 bis 233 RVO.). Der Gemeindeverband, der sich dieser seiner Aufgabe unterzieht, übt hierdurch eine obrigkeitliche Aufgabe aus (zu vgl. v. Woedtke, Anm. 4 zu § 16 KrVersGes.), deren Kosten, beim Mangel einer anderen gesetzlichen Vorschrift, nur ihm selbst zur Last fallen können. Mit Unrecht nimmt daher der Kreisausschuß jetzt die Landkrankenkasse auf Ersatz der durch ihre Errichtung erwachsenen Kosten in Anspruch.

b) Ebenso unbegründet ist der Anspruch des Kreisausschusses auf Zahlung von Zinsen von dem der Kasse bei ihrer Errichtung gemäß Art. 16 Einf. Ges. zur RVO. gewährten Vorschuß. Dies haben wir in dieser Zeitschrift 1914 S. 724 Ziff. 3, 1915 S. 287 Ziff. 3 und 1917 S. 359 Ziff. 4 näher begründet.

Erlöschen freiwilliger Mitgliedschaft durch Versäumung zweier „Zahltage".

11. Nach Brandenburg. Antwort: Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter erlischt nach § 314 Abs. 1 RVO., wenn sie zweimal nacheinander „am Zahltage" die Beiträge nicht entrichten usw. Nach § 393 RVO. dürfen die Zahltage höchstens einen Monat auseinander liegen. Diese Vorschrift bezweckt, die Kasse vor Zinseinbußen zu schützen. Daraus ist ersichtlich, daß im Sinne des § 314 unter Zahltag der Tag gemeint ist, der die Zahlungszeiten (Zahlungsperioden) gegeneinander abgrenzt. Diese Zahlungszeiten können nur durch die Satzung bestimmt werden (§ 321 Ziff. 3). Dem Vorstande steht eine Bestimmung hierüber nicht zu, sondern er kann nur zur Regelung der Geschäftsabwicklung etwa die Stunden für die Einzahlung festsetzen (zu vgl. Mustersatzung für allg. OKKn. § 53). Setzt er zu diesem Zwecke zwei Tage für die einzelne Zahlungszeit fest, so darf das nur dahin verstanden werden, daß die Zahlung an dem einen oder dem anderen dieser Tage erfolgen kann. Die freiwillige Mitgliedschaft erlischt daher nach § 314 Abs. 1 erst dann, wenn für zwei Zahlungszeiten alle vier Zahlungstage versäumt sind (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1a zu § 314). Wir halten hiernach die Entscheidung des Versicherungsamts für durchaus zutreffend.

Lohnstufe freiwilliger Mitglieder. — Fortdauer freiwilliger Mitgliedschaft bei Verlegung des Beschäftigungsortes. — Arbeitsverhältnis zwischen Verwandten.

12. Nach Kaufbeuren. Fragen: a) Nählehrmädchen machen sich häufig unmittelbar nach Abschluß ihrer Lehrzeit selbständig (nicht als Stöhrnäherinnen, die als unständig Beschäftigte anzusehen sind). Da diese Mädchen in der Regel während ihrer ganzen Lehrzeit ohne Entgelt beschäftigt sind, kommt hier im Falle der freiwilligen Weiterversicherung — von der hier übrigens in den meisten Fällen Gebrauch gemacht wird — nur die niedrigste Lohnstufe in Frage. Wir erblicken hierin eine Unbilligkeit, da diese Personen auf Grund ihres Arbeitsverdienstes in die höchsten Lohnstufen kämen. Eine Neuaufnahme auf Grund des § 176 Abs. I Ziff. 3 RVO. wäre wohl möglich, wird aber durchwegs abgelehnt, da diesen Personen hauptsächlich um die Krankenpflege zu tun ist. Sprechen hier nicht Zweckmäßigkeitsgründe für eine andere Regelung?

b) Bei Errichtung der Kasse (1914) hatten wir nur Lohnstufen bis zu 5 *M* Grundlohn. Die damals auf Grund des § 176 RVO. freiwillig Beigetretenen sind heute noch in denjenigen Lohnstufen eingeteilt, die ihrem seinerzeit angegebenen Einkommen entsprechen, obwohl selbstverständlich auch diese Kreise schon seit langem höhere Einkünfte haben. Kann der Vorstand nicht auch diese Leute in höhere Lohnstufen — die Kasse hat jetzt solche bis zu 10 *M* Grundlohn — einteilen, eventuell auf welche Weise?

c) Nach § 176 Abs. I Ziff. 3 RVO. können Gewerbetreibende usw. der Versicherung freiwillig beitreten, sofern nicht ihr jährliches Gesamteinkommen 2500 *M* übersteigt und ihr Beschäftigungsort im Bezirke der Kasse ist (§ 238 RVO.). Wir nehmen an, daß solche Versicherte der Kasse nur so lange angehören können, solange ihr Beschäftigungsort im Bereich der Kasse liegt. Weiterversicherung auf Grund des § 313 RVO. kommt nicht in Frage. Wie liegt die Sache dann, wenn ein solcher Versicherter aus dem Kassenbezirk verzieht und er bei der nun zuständigen Kasse Antrag auf Aufnahme als freiwilliges Mitglied stellt, diese Kasse aber dem Antrag nicht stattgeben kann, weil sich dessen Einkünfte inzwischen auf mehr als 2500 *M* erhöht haben?

d) Ein ungesunder Zustand herrscht hier noch hinsichtlich der Versicherungspflicht, bzw. Versicherungsfreiheit der im elterlichen Geschäfte tätigen Familienangehörigen. Wir haben beispielsweise keinen einzigen Familienangehörigen, der auf Grund des § 176 Abs. I Ziff. 2 RVO. der Kasse beigetreten wäre, wohl aber eine ziemliche Anzahl von Familienangehörigen, die als Pflichtmitglieder angemeldet worden sind. Die Mehrzahl der Familienangehörigen ist aber nicht versichert, obwohl nach unserer Meinung das Beschäftigungsverhältnis, soweit von einem solchen überhaupt gesprochen werden kann, und die Entlohnung sich in nichts unterscheidet. Wenn ein solcher Vater der Kasse gegenüber behauptet, er entlohne seinen Sohn, ein anderer, er bezahle ihm nichts, so wird die Kasse in beiden Fällen kaum das Gegenteil behaupten können. Welche Grundsätze können Sie uns empfehlen, um in diesen Fällen Einheitlichkeit zu erlangen?

Antwort: a) Die hier aufgeworfene Frage der Zweckmäßigkeit geht nur den Gesetzgeber an. Nach dem Gesetz, wie es nun eben gilt (§ 313 RVO.), bleibt ein solches Mitglied „in seiner (d. h. in der bisherigen) Klasse oder Lohnstufe", sofern es nicht in eine niedere Klasse oder Lohnstufe übertritt. Der Übertritt oder die zwangsweise Einreihung in eine höhere Klasse oder Stufe ist ausgeschlossen.

b) Für freiwillig Beigetretene (§ 176 RVO.) gilt hinsichtlich des Grundlohns nichts anderes als für Versicherungspflichtige. Sie sind also, wenn sich ihr Lohn oder wenn sich die Klassen- oder Stufeneinteilung der Kasse ändert, der hierdurch bedingten, ihren gegenwärtigen Lohnverhältnissen entsprechenden Klasse oder Stufe zuzuteilen (Hahn, Anm. 7 zu § 180 RVO.; Grunow, ArbVers. 1918 S. 181).

c) Hahn in ArbVers. 1917 S. 577 ff. und 709 ff. hat gegen Hoffmann und Kleeis die Ansicht vertreten, daß beim Wegfall der Voraussetzungen der Versicherungsberechtigung, insbeson-

dere also auch beim Aufgeben der Beschäftigung im Kassenbezirk die durch den freiwilligen Beitritt begründete Mitgliedschaft erlöschen muß. Nach der Entscheidung des RVA. 2415, ArbVers. 1918 S. 191, die allerdings nicht unmittelbar diesen Fall betrifft, muß angenommen werden, daß das Reichsversicherungsamt die Auffassung von Hahn nicht teilt. Danach bleibt die Versicherung, ungeachtet einer Verlegung des Beschäftigungsorts, bei der bisherigen Kasse bestehen, solange der Versicherte nicht — freiwillig oder pflichtmäßig — Mitglied einer anderen Kasse wird (§ 312 RVO.).

d) Die gewünschte „Einheitlichkeit" ist angesichts der außerordentlichen Verschiedenheit der tatsächlichen Verhältnisse, von denen die Beurteilung der Frage, ob zwischen Familienangehörigen ein wirkliches Arbeitsverhältnis besteht, abhängt, nicht herzustellen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 und 4 zu § 159 RVO.). Es ist eben „in jedem einzelnen Falle eine vorsichtige Prüfung notwendig" — wie bei der Beratung der RVO. in der Kommission ausdrücklich betont wurde (vgl. Hahn a. a. O. Anm. 4 Abs. 3).

Krankengeld für die Tage der Reise zum behandelnden Arzt.

13. Nach Burgsdorf. Frage: Ein Mitglied ist vom 6. 8. 19 bis 18. 1. 20 wegen einer Augenentzündung krank und arbeitsunfähig gewesen und war während dieser Zeit in der Behandlung eines Spezialarztes in Hannover. Dieser hat das Mitglied zwar am 18. 1. 20 arbeitsfähig geschrieben, hält es aber mit Rücksicht auf die Schwere der Krankheit für erforderlich, daß sich das Mitglied allwöchentlich einmal bei ihm vorstellt. Der Versicherte ist als Landstraßenarbeiter beschäftigt und beansprucht von uns für den Tag der Reise zum Spezialarzt (etwa 20 km mit der Bahn), da ihm der Arbeitsverdienst entgeht, das Krankengeld. Ist das begründet?

Antwort: Ja! Denn offenbar ist, trotz der im allgemeinen wiederhergestellten Arbeitsfähigkeit, das Heilverfahren noch nicht abgeschlossen. Daher ist der Versicherte noch krank im Sinne des Gesetzes, und die Krankheit macht ihn an den Tagen, an denen er zur fortdauernden Behandlung den Arzt aufsuchen muß, arbeitsunfähig, so daß der Anspruch auf Krankengeld nach § 182 Ziff. 2 RVO. begründet ist. Zu vgl. ArbVers. 1908 S. 767 Ziff. 3.

Umfang des Ersatzanspruchs der Kasse gegen Vater des Kindes einer ledigen Versicherten.

14. Nach Eckernförde. Antwort: Die Antwort auf Ihre Frage ergibt sich aus unserer Auskunft im Jahrg. 1919 S. 635 Ziff. 7. Da die Leistungspflicht des Vaters gegenüber der Wöchnerin nach § 1715 Bürg. Gesetzb. nicht auf den Unterhalt für sechs Wochen nach der Entbindung beschränkt ist, sondern sich auch auf den Ersatz weiterer Aufwendungen erstreckt, die „infolge der Schwangerschaft oder der Entbindung" notwendig werden, und da der § 1542 RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 26. 9. 19 jetzt ausdrücklich auch den Ersatzanspruch der Wöchnerin wegen des ihr durch Schwangerschaft entstandenen Schadens auf die Kasse überträgt, kann diese, wenn sie auf Grund des § 195a RVO. Leistungen der Wochenhilfe für vier Wochen vor der Entbindung und für sechs Wochen nachher gewährt hat, dem Vater die Aufwendungen für diese zehn Wochen voll in Rechnung stellen. Seine Ersatzpflicht gegenüber der Kasse ist nur dadurch begrenzt, daß er an sie im ganzen keinesfalls mehr zu zahlen braucht, als er der Wöchnerin zu zahlen verpflichtet wäre.

Anspruch auf Krankengeld während der Ausbesserung eines Ersatzgliedes?

15. Nach Hannover. Frage: Ein unserer Kasse angehörender Kriegsbeschädigter mußte infolge Reparatur seiner zwei Kunstbeine mehrere Tage die Arbeit versäumen und beansprucht nun für die Zeit Zahlung des Krankengeldes. Wir sind im Zweifel, ob wir zu dieser Zahlung berechtigt sind oder die Militärbehörde, die auch die Reparatur zahlte, den Ausfall an Arbeitslohn tragen muß.

Antwort: Krankengeld ist nach § 182 Ziff. 2 RVO. nur zu gewähren, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht. Nach Abschluß des Heilverfahrens war der Kriegsbeschädigte nicht mehr krank im Sinne des § 182, und die notwendig gewordene Ausbesserung der Kunstgliedmaßen kann weder als neue Erkrankung noch als Erneuerung des Heilverfahrens angesehen werden, weil sie nicht auf Heilung eines Körperschadens des Versicherten, sondern auf Beseitigung eines Sachschadens abzielte. Mithin war der Versicherte nicht infolge seiner „Krankheit" arbeitsunfähig. Er hat daher keinen Anspruch auf Krankengeld gegen die Kasse.

Krankenversicherungsberechtigung der Ehefrau eines Hausgewerbtreibenden.

16. Nach Wermelskirchen. Frage: Wir bitten um Auskunft, ob die Ehefrau eines Hausgewerbtreibenden, welche mit im Betriebe ihres Mannes tätig ist, wenn sonst keine hausgewerblich Beschäftigte dort vorhanden sind, gemäß § 176 RVO. der Kasse freiwillig beitreten kann.

Antwort: Die Frage ist zu bejahen. Denn der Hausgewerbtreibende ist begrifflich ein selbständiger Gewerbtreibender (§ 162 RVO.) und seine Ehefrau ist daher entweder als in seinem Betriebe tätige Familienangehörige oder als Mitunternehmerin des Betriebes gemäß § 176 Ziff. 2 oder 3 RVO. beitrittsberechtigt (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 159 RVO.).

Bis zu welchem Zeitpunkte dürfen Strafbeiträge nach § 531 Abs. 2 RVO. festgesetzt werden?

17. Nach Teltow. Antwort: Die von Neumann in ArbVers. 1919 S. 253 vertretene Ansicht geht dahin, daß der Zeitpunkt, bis zu welchem dem Arbeitgeber ein Mehrfaches der Beiträge gemäß § 531 Abs. 2 RVO. strafweise auferlegt werden „kann", durch den Tag bestimmt wird, an dem das Versicherungsamt die Strafe wegen Verletzung der Meldepflicht nach § 530 festsetzt. Mit dem Worte „kann" hat der Verfasser doch wohl ausdrücken wollen, daß die Kasse über diese zeitliche Grenze nicht hinausgehen kann. Es ist selbstverständlich, daß, wenn die Meldung schon früher nachgeholt und die Beiträge bis dahin bezahlt sind, auch die Strafbeiträge nicht über diesen Zeitpunkt hinaus auferlegt werden dürfen; denn sie dürfen nach § 531 Abs. 2 doch nur ein Mehrfaches der „rückständigen" Beiträge umfassen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1279 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 1. Mai 1920 | Heft 13

Die Revolutionsschäden der Krankenkassen.

Von Friedrich Kleeis in Halle a. S.

Die politischen Umwälzungen vom November 1918 und die in verschiedenen Städten im Januar und März 1919 ausgebrochenen Unruhen verliefen im allgemeinen ohne nennenswerte Opfer an Menschenleben und menschlicher Gesundheit. Anders dagegen die revolutionären Bewegungen vom März 1920. Aus fast allen größeren Städten des Reiches werden mehr oder weniger heftige Straßenkämpfe gemeldet, und in manchen Orten zählen die Verwundeten und Getöteten nach Hunderten und Tausenden. In Halle a. d. S. werden rund 150 Tote und annähernd 800 Verletzte gezählt; in manchen Orten wie Gotha, Duisburg usw. ist ihre Zahl noch größer. Es tritt daher die Frage häufig hervor, in welchem Maße die Krankenversicherung von diesen Revolutionsschäden berührt wird.

Es ist selbstverständlich, daß die Krankenkassen nur für solche Benachteiligte einzutreten haben, die aus einer Kassenmitgliedschaft heraus Ansprüche besitzen. In diesem Zusammenhang kann es sich nur darum handeln, wer zu den „Versicherten" gehört, ob die Fürsorge eine Beschränkung (und welche) finden kann und ob die Kassen für ihre Aufwendungen irgendwelchen Ersatz erhalten. Zur besseren Übersicht seien die Geschädigten entsprechend ihrer Stellung zueinander in die regulären Truppen und ihre Hilfsmannschaften, in die revolutionären Arbeiter und in die unbeteiligten „Dritten" eingeteilt.

Die Angehörigen der Reichswehr und die Zeitfreiwilligen (die beiden hauptsächlichsten Gruppen unseres gegenwärtigen Heeres) unterliegen nicht der Krankenversicherungspflicht (§ 172 Ziff. 2 RVO.). Wohl aber hat auf sie der § 214 RVO. Anwendung, wonach Versicherte, die wegen Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausscheiden, unter näheren Voraussetzungen Ansprüche an diese haben, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse eintritt. Es war bisherige allgemeine Anschauung, daß derjenige, der zum Militärdienst eintritt, als erwerbslos gilt und die Löhnung des Soldaten kein Arbeitsentgelt ist (Hahn, Handbuch der KV., Anm. 4 zu § 214). Während des Krieges war es allgemeine, auch von der Versicherungsbehörde gebilligte Rechtsübung, den zum Heeresdienst Eingezogenen und den zu diesem freiwillig Eingetretenen die Krankenfürsorge im Rahmen des § 214 RVO. zukommen zu lassen. Ich kann keinen Grund einsehen, aus dem das jetzt anders sein sollte. Beruht auch unser Heer nicht mehr auf dem Militärzwang, so ist doch die Teilnahme noch kein Beruf oder eine Erwerbstätigkeit und unsere Truppe noch kein Söldnerheer. Deshalb halte ich auch jetzt noch die freiwillige Weiterversicherung eines Heeresangehörigen nach § 313 RVO. für angängig. Tritt bei den hiernach (nach §§ 214, 313 RVO.) Anspruchsberechtigten ein Unterstützungsfall ein,

so ermäßigen sich die Kassenleistungen natürlich um jene Bezüge, die von der Heeresverwaltung gewährt werden, wie ärztliche Behandlung, Heilmittel usw. Es sind diese Fragen ja während des Krieges hinlänglich geklärt worden. Diese Auffassung wird auch gestützt durch einen Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 25. Juni 1919 (Nr. 22, II d 3499), in dem es heißt, daß jene Personen als solche des Soldatenstandes im Sinne des § 172 Nr. 2, § 1235 Nr. 2 RVO. anzusehen sind und ihre Tätigkeit eine freiwillige militärische Dienstleistung im Sinne des § 1393 Abs. 1 Nr. 2 RVO. bildet. Es läge deshalb kein Grund vor, diese Personen anders zu behandeln, als es die Reichsversicherungsordnung für Angehörige des Soldatenstandes vorsieht. Da sich unter ihnen viele Verheiratete befinden, würde eine Kassenmitgliedschaft im Interesse der Familienangehörigen häufig erwünscht sein. Diese Mitgliedschaft werde sich vielfach im Wege der Weiterversicherung (§ 313 RVO.) erreichen lassen, da eine Versicherungspflicht nicht vorliege, selbst wenn sie eine der in den §§ 165, 1226 RVO. bezeichneten Tätigkeiten im Dienst ausüben.

Etwas anders liegt die Sache bei den Angehörigen der Bürger-, Einwohner-, Sicherheits- und ähnlichen Wehren. Diese gelten als Personen des Soldatenstandes nur, wenn und solange sie auf Anordnung einer militärischen Kommandobehörde an einen Freiwilligen- und Truppenverband angegliedert sind und auf Befehl einer solchen Stelle militärischen Dienst tun. Das ist während der März-Revolutionstage allerdings vielfach geschehen. Es treffen daher auf sie, soweit sie Kassenmitglieder waren, die §§ 214, 313 RVO. zu. Waren sie aber nicht einem Truppenverband angegliedert und leisteten sie nicht auf Befehl einer Kommandobehörde militärischen Dienst, so sind sie wie alle anderen gewöhnlichen Zivilpersonen zu behandeln. Es spielt also gar keine Rolle, daß sie sich eine Verletzung usw. *bei ihrem Dienst* zugezogen haben. Sind sie versicherungspflichtige oder freiwillige Mitglieder einer Krankenkasse (weil sie neben ihrem gelegentlichen Dienst eine gewerbliche oder sonstige Beschäftigung ausüben), so haben sie volle Unterstützungsansprüche wie alle anderen Kassenmitglieder. Dieselben *rechtlichen* Verhältnisse treffen zu auf die „Hilfsschutzleute", die in manchen Orten eingestellt waren und die „ehrenamtlich" in ihrer Freizeit ohne jede Entschädigung Polizeidienste verrichteten.

Die Gruppe derjenigen Benachteiligten, die sich auf der Seite der revolutionären Arbeiter befanden, haben grundsätzlich Anspruch, gleichviel ob sie Pflicht- oder freiwillige Mitglieder waren oder der § 214 RVO. in Frage kommt. Viele der Versicherungspflichtigen werden ihre Beschäftigung infolge des Generalstreiks schon am 13. März niedergelegt haben. Das ändert aber nichts an ihrer Versicherungspflicht, sofern sie inzwischen nicht vom Arbeitgeber ausdrücklich *entlassen* wurden und infolgedessen hätten abgemeldet werden müssen. Ähnliche Arbeitsunterbrechungen, wie Aussetzen usw. heben die Versicherungspflicht nicht auf. War doch bei dem Generalstreik, und bei diesem mehr wie bei jedem anderen Streik, die Wahrscheinlichkeit der baldigen Rückkehr zur Arbeit gegeben. Bei ausdrücklicher Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis kommt der § 214 RVO. zu Hilfe.

Da diesen Personen von keiner anderen Seite eine rechtliche Fürsorge für ihre Verletzungen usw. zusteht, so hat die Krankenkasse ihre Unterstützung in vollem Umfange eintreten zu lassen. Fraglich kann hier nur sein, ob nicht § 192 Abs. 2 RVO. zur Anwendung zu kommen hat. Nach ihm kann die Kassensatzung Mitgliedern das Krankengeld ganz oder teilweise versagen, wenn sie sich eine Krankheit (wozu natürlich auch eine Verwundung gehört) vorsätzlich oder *durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen haben*, für die Dauer dieser Krankheit. Es kommt also zunächst darauf an, daß die Satzung eine entsprechende Vorschrift enthält. Besteht sie, so muß sie auch angewendet werden. Es geht nicht an, daß

der Kassenvorstand sie willkürlich handhabt, also in einem Falle, in dem alle Bedingungen zutreffen, sie außer Acht läßt, in einem anderen gleichen Falle aber anwendet. Der Kassenvorstand muß vielmehr nach pflichtmäßigem Ermessen entscheiden, ob die Voraussetzungen für eine Berufung auf die Vorschrift gegeben sind.

Der Kassenvorstand hat infolgedessen alle einschlägigen Verhältnisse genau zu prüfen, da er die Beweislast hat, wie es ja überhaupt seine Pflicht ist, erhobene Ansprüche von Amts wegen nach allen Richtungen, also auch in bezug auf das etwaige Vorliegen eines Versagungsgrundes genau zu klären (RVA. 1765 Amtl. Nachr. 1913 S. 740, Arb.-Vers. 1914 S. 191). Er kann also nicht auf Grund einer bloßen Vermutung oder eines Verdachtes das Krankengeld ablehnen, wie es häufig vorkommt, und dem Kranken die Beweislast darüber zuschieben, daß er unschuldig ist. Meist verlangt man von ihm die Vorlegung eines strafgerichtlichen Urteils, wonach er nicht „schuldhaft" gehandelt habe. Das ist eine Härte, die durch nichts gerechtfertigt ist, auch der Absicht des Gesetzes widerspricht. Allerdings können sich die Erörterungen oft länger hinziehen; inzwischen ist aber das Krankengeld zu zahlen.

Was den Begriff „Schlägereien oder Raufhändel" anbetrifft, so muß den Ansichten Hahns (Handb. der KV., Anm. 7 zu § 192) beigetreten werden. Er bekämpft die Ansicht, daß beim Ausbruch von Tätlichkeiten mehrere Personen als widerrechtlich Handelnde auftreten müßten und daß wechselseitige widerrechtliche Tätigkeit der Beteiligten vorausgesetzt werden müsse. Eine solche liege, nach der irrigen Annahme, dann nicht vor, wenn bei einem Zusammentreffen zweier Personen auch nur eine in der rechtmäßigen Ausübung ihres Amtes sich befindet oder sich zu befinden glaubt. Zutreffend weist Hahn darauf hin, daß diese für das Strafrecht maßgebende Meinung für das Gebiet der Arbeiterversicherung bedenklich ist. Nach dem Wortlaut des § 192 RVO. muß zwar eine Tätigkeit mehrerer, nicht aber notwendig eine wechselseitige widerrechtliche Tätigkeit als vorausgesetzt gelten. Es würde sonst die Versagung des Krankengeldes zwar zulässig sein, wenn der Versicherte und der andere widerrechtlich zu wechselseitigen Tätigkeiten geschritten hätten, nicht aber in dem schlimmeren Falle, wenn nur der Versicherte widerrechtlich gehandelt und dabei, etwa infolge berechtigter Gegenwehr des anderen, eine Verletzung erlitten hätte. Das kann nicht die Absicht des Gesetzes sein. Dagegen genügt auch nicht bloßer Widerstand gegen die Staatsgewalt, infolgedessen sich der Versicherte eine Schädigung zugezogen hat, noch weniger genügt einfaches Schimpfen, das dem Versicherten von der anderen Seite eine Körperverletzung einträgt, weil hier weder eine „Schlägerei" noch ein „Raufhandel" vorliegt, d. h. weil der andere Teil, der zu Tätlichkeiten überging, dazu kein „Recht" hatte.

Bei den infolge der März-Revolutionstage vorgekommenen Körperverletzungen dürfte bei der Frage, ob § 192 Ziff. 2 RVO. angewendet werden kann, auch besonders zu erörtern sein, ob der Versicherte „widerrechtlich" gehandelt hat. War die Sachlage so, daß es sich um Abwehr usw. von Angriffen und Maßnahmen von Truppen oder sonstiger Gewalten handelte, die zur „Regierung" Kapp-Lüttwitz hielten, so wird man von „Widerrechtlichkeit" nicht reden können, weil die Widerrechtlichkeit hier auf der Seite der angemaßten Gewalten lag. Es handelte vielmehr derjenige im Recht, der die von dieser Seite begangenen Ungesetzlichkeiten abwehrte. Anders würden die Dinge liegen, wenn nach Wiederherstellung des verfassungsmäßigen Zustandes, d. h. der alten Regierung, revolutionäre Arbeiter ihr Vorgehen fortsetzten zur Erreichung anderer, vom Standpunkt der Verfassung aus „widerrechtlicher" Zustände, wie z. B. der Räterepublik. Mit diesem Hinweis wollten wir nur zeigen, wie verwickelt die Fragen liegen können und daß es oft schwer sein wird, eine Entscheidung zu treffen.

Im allgemeinen ist zu sagen, daß mit der

Anwendung des § 192 Ziff. 2 RVO. sehr behutsam umgegangen werden muß. Es wäre besser, die Vorschrift würde überhaupt aus dem Gesetz beseitigt, so wie man erfreulicherweise die früher mögliche Versagung des Krankengeldes bei Geschlechtskrankheiten und Trunkfälligkeit auch beseitigt hat. Irgendwelche erzieherische oder moralische Wirkung erreicht man mit der Anwendung nicht, anderseits zieht sich die Kassenverwaltung viel Feindschaft zu. Was bei der Durchführung einer dem § 192 Ziff. 2 entsprechenden Satzungsbestimmung erspart wird, fällt nicht entscheidend ins Gewicht. Doppelt vorsichtig sollte umgegangen werden bei Revolutionsschäden, weil hier bei Abweisungen leicht der Verdacht entsteht, daß es aus parteipolitischen Gründen geschieht.

Kommt die Vorschrift doch zur Anwendung, so kann nur das Krankengeld versagt werden, nicht auch Krankenpflege. Ebensowenig kann Sterbegeld verweigert werden, wenn der Verletzte verstirbt. Was die Kranken*haus*pflege anbetrifft, so ist bekanntlich die Kasse zur Gewährung solcher — auch bei anderen Kranken — überhaupt nicht verpflichtet. Bewilligt sie die Kasse dennoch, so ist sie in vollem Umfange zu bezahlen. Das den Familienangehörigen nach § 184 RVO. zu zahlende Hausgeld kann *nicht* wegen des Verhaltens des Versicherten versagt oder gekürzt werden. Bei den stürmischen Tagen wird es meist so gekommen sein, daß die Verletzten in das Krankenhaus ohne weiteres durch die Sanitäter oder andere Personen eingeliefert worden sind. Lehnt die Kasse die Bezahlung der Verpflegekosten nachträglich ab, so wird diese der Kranke selbst oder, wenn er mittellos ist, anderenfalls die Armenpflege tragen müssen. Letzterenfalls kann der Armenverband von der Kasse auf Grund des § 1531 RVO. nur so viel erstattet verlangen, als der Versicherte selbst von ihr beanspruchen konnte, also, sofern die Satzung die völlige Einbehaltung des Krankengeldes vorsieht und diese gerechtfertigt ist, nur Ersatz für ärztliche Behandlung und Heilmittel. Auch das Haus- oder das Taschengeld (§ 194 RVO.) oder Ersatz dafür braucht die Kasse nicht zu gewähren. Das ist vielmehr nur zu zahlen, wenn die Kasse selbst die Krankenhauspflege angeordnet hat.

Um nun zu den unbeteiligten Dritten zu kommen, die bei den Kämpfen als Straßenpassanten oder als Zuschauer usw. verletzt worden sind, so kann es natürlich keinem Zweifel unterliegen, daß diese Ansprüche an die Kasse haben. Es ist so, wie wenn ihnen sonst ein Unglücksfall zugestoßen ist. Bei diesen Fällen kann nur die Frage entstehen, ob irgend eine Stelle dem Verletzten zum Ersatze des Schadens verpflichtet ist und dieser Anspruch sodann im Wege *des § 1542 RVO. auf die Kasse übergeht.* Nach den gegenwärtigen Rechtsverhältnissen dürfte das *zweifelhaft* sein. Alle hervorragenden Juristen bestreiten, daß das preußische „Tumultschadengesetz“ vom 11. März 1850 und die entsprechenden Vorschriften anderer Landesgesetze, welche den Gemeinden eine Schadenersatzpflicht wegen Aufruhr usw. auferlegen, für die gegenwärtigen Revolutionsschäden überhaupt anwendbar ist*). Der Deutsche Städtetag steht auf demselben Standpunkt, und die Gemeinden haben daher bislang solche Ersatzansprüche abgelehnt. Der Entwurf eines neuen entsprechenden Reichsgesetzes ist schon seit langer Zeit veröffentlicht, aber noch nicht verabschiedet, und es steht dahin, ob, wann und wie er Gesetz wird. Das alte preußische Gesetz sieht eine Frist von vierzehn Tagen vor, innerhalb deren die Schadensersatzansprüche nach ihrer Kenntnis bei der Gemeindebehörde anzumelden sind. Obgleich der neue Gesetzentwurf eine solche Befristung *nicht* vorsieht, ist immerhin zu empfehlen, daß die Kassen irgendwelche Ansprüche der gedachten Art rechtzeitig anmelden.

Im großen und ganzen wird der Schaden, den die Kassen aus den Vorgängen haben, nicht gering sein. Es kommt dazu, daß er

*) *Anmerkung der Schriftleitung:* Die Annahme, daß über diese Frage Einmütigkeit der Juristen im Sinne der hier vertretenen Ansicht bestehe, ist irrig. Zu vgl. unsere Auskünfte im Jahrg. 1919 S. 379 Ziff. 10, S. 537 Ziff. 1.

nicht allein in diesen äußerlich berechenbaren Unterstützungsfällen besteht. Unter der mit den Vorgängen verbundenen Störung unseres Wirtschaftslebens haben vielmehr die Kassen auch mittelbar zu leiden. Bei den engen Zusammenhängen der Krankenversicherung mit dem sozialen Leben berührt jede Störung dieses auch erstere. Streik, das Ruhen des Eisenbahnverkehrs und ähnliche Störungen steigern die Ernährungsschwierigkeiten, die Kohlenknappheit usw. Darunter leidet wieder der ohnehin nicht günstige Gesundheitszustand der Bevölkerung. Hoffentlich bleiben ähnliche Prüfungen dem deutschen Volke fernerhin erspart, so daß der wirtschaftliche und gesundheitliche Wiederaufbau des Deutschen Reiches sich recht bald vollziehen kann.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Gewerbegehilfe oder Orchestermitglied?

Urteil des **Versicherungsamts des Kreises Niederbarnim v. 29. Januar 1920.**

Kläger erkrankte am 21. Juli 1919 arbeitsunfähig. Mit Rücksicht auf seine Beschäftigung als Pianist in dem Orchester des Kapellmeisters M. im Betriebe des T. in Berlin hält er sich bei der dortigen Ortskrankenkasse für versicherungspflichtig und beantragt die Gewährung der Krankenhilfe. Nach seiner Auffassung komme T. als Arbeitgeber in Frage, und in seiner Tätigkeit sei er nur als „Gewerbegehilfe" zu bezeichnen, der gemäß § 165 Ziffer 1 RVO. auch bei seinem jährlich 5000 *M* übersteigenden Einkommen versicherungspflichtig sei.

Die Kasse hat den Antrag abgelehnt, weil Kläger als Orchestermitglied anzusehen und bei seinem Einkommen von über 5000 *M* nicht mehr versicherungspflichtig sei. Als Arbeitgeber komme der Kapellmeister *M* in Frage.

Das Versicherungsamt hat die Klage abgewiesen aus folgenden G r ü n d e n :

Herr T. hat mit Herrn M. einen Vertrag folgenden Inhalts abgeschlossen: Für ein ihm gewährtes Pauschale hat M. ein Orchester von sechs Mann zu stellen, Herr T. behält jedoch das Recht, das Pauschale entsprechend zu kürzen, wenn einmal weniger als sechs Mann aufspielen. M. hat die geeigneten Musiker anzunehmen, nach seinen mit ihnen zu treffenden Vereinbarungen zu entlohnen und kann sie auch entlassen. — Es liegt demnach ein ähnliches Verhältnis vor, wie es auch in der Entsch. des Oberversicherungsamts Mannheim vom 20. März 1919 (ArbVers. 1919 S. 684) zum Ausdruck gebracht ist. Hiernach muß M. lediglich als Vermittler angesehen werden, der einmal der Einfachheit wegen, dann aber auch aus begreiflichen fachmännischen Gründen für eine Zusammenstellung des von ihm vertraglich geforderten Orchesters zu sorgen hat. Nur solange ihm das Pauschale gewährt wird, kann er seine Mitspieler beschäftigen, er ist demnach wirtschaftlich und auch persönlich von T., dem Dienstgeber, abhängig um so mehr, als T. im Falle einer geringeren Zahl der Spieler das Pauschale kürzen kann. Daß M. die einzelnen Mitglieder einstellt, entlohnt und entläßt und sich selbst als Arbeitgeber bezeichnet, ist keineswegs ausschlaggebend. Nur der Einfachheit wegen, um T. die Mühe des Einzelengagements zu ersparen, übt er diese zweifellos durch eine höhere Entschädigung belohnte Tätigkeit aus, bleibt aber dennoch T. gegenüber durch den bestehenden Vertrag in einem abhängigen Dienstverhältnis, ihm fehlt die Selbständigkeit eines Unternehmers. Selbständig und den entscheidenden Einfluß auch auf die einzelnen Mitglieder ausübend ist bzw. kann nur T. sein; denn nur solange M. selbst von T. Entgelt bezieht, kann er seine Mitspieler beschäftigen; ihre Beschäftigung erfolgt mithin für T., welcher demgemäß als Arbeitgeber der Beklagten gegenüber anzusehen ist (vgl. die angezogene Entsch. des Oberversicherungsamts Mannheim).

Streitig ist ferner, ob Kläger als stets versicherungspflichtiger „Gewerbegehilfe" (§ 165 Ziffer 1 RVO.) oder als nur bis zu einem Einkommen von jährlich 5000 *M* versicherungspflichtiges „Orchestermitglied" (Ziffer 4 a. a. O.) anzusehen ist. Sein Einkommen gibt er selbst auf über 5000 *M* an. In der Entscheidung dieser Frage mußte das Versicherungsamt der Auffassung der Beklagten beitreten. Nach der grundsätzl. Entsch. des RVA. vom 12. Juli 1913 (Amtl. Nachr. 1913 S. 603) ist von einem Orchester zu reden, wenn mindestens drei Musiker zusammen spielen, die sich in musikalischer Hinsicht dem Willen eines einzelnen, der in der Hauptsache die Aufgabe der Leitung (statt des Mitspielens) hat, unterordnen. Dieser Fall ist nach den eidlichen Bekundungen M.'s vorliegend gegeben, zu beachten bleibt dabei auch, daß M. vertraglich zur Stellung eines „Orchesters" verpflichtet ist. Das Versicherungsamt hat keinen Anlaß gefunden, die Zeugenaussagen anzuzweifeln. Muß es demnach als erwiesen gelten, daß Kläger als „Orchestermitglied" im Sinne des § 165 Ziffer 4 RVO. anzusehen ist, so kann seine Versicherungspflicht bei seinem 5000 *M* übersteigenden Einkommen und demgemäß die Leistungspflicht der Beklagten nicht anerkannt werden.

Zur Frage der Versicherungspflicht einer Wochenbettpflegerin.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Berlin** vom 17. Mai 1917 (10015 K. 18).

Der Beschwerdegegnerin (Krankenkasse) ist zwar im Hinblick auf die Aussage der R. zuzugeben, daß die Genannte (Pflegerin) eine geregelte Berufsausbildung nicht genossen hat und daß sie auch keine Gewerbesteuer entrichtet, Umstände, welche nach der angezogenen Anleitung (des RVA. v. 26. 4. 12) für ihre Versicherungspflicht sprechen. Für das Vorliegen der Versicherungspflicht ist aber weiter zu fordern, daß sich die Tätigkeit der Wochenbettpflegerin in erheblichem Umfange auf die Wartung des neugeborenen Kindes erstreckt, also als hauswirtschaftliche Dienstleistung in weiterem Sinne anzusprechen ist. Das ist vorliegend nicht der Fall gewesen. Die Wartung des Kindes durch die R. erfolgte nach der glaubwürdigen Angabe des Beschwerdeführers nur in den ersten Tagen nach der Geburt, so lange, bis das dazu angenommene Mädchen in der Pflege unterwiesen war. Von einem erheblichen Umfange kann demnach nicht die Rede sein. Auch hauswirtschaftliche Arbeiten hat die Pflegerin nicht verrichtet, hierzu war ein besonderes Mädchen vorhanden. Wenn man ferner erwägt, daß Frau R. weder zu einer einzelnen Person noch zu gewerblichen Unternehmungen, Vereinen oder Krankenanstalten in einem festen Dienstverhältnis stand (vgl. Ziff. 71 der Anleitung, am Schluß), so erscheint der Schluß gerechtfertigt, daß sie im vorliegenden Falle selbständige Unternehmerin war und ein versicherungspflichtiges Dienstverhältnis nicht vorlag. Das Versicherungsamt hat deshalb die Versicherungspflicht der R. aus der Beschäftigung bei dem Beschwerdeführer im März/April 1915 verneint. Dem letzteren lag demnach weder eine Verpflichtung zur Anmeldung noch zur Beitragszahlung ob; die zu Unrecht gezahlten Beträge sind daher zurückzuerstatten.

„Volontäre" als Lehrlinge.

Urteil des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 6. Februar 1920 (E. A. 3699. 19 VI).

Klägerin und Berufungsbeklagte (Berufsgenossenschaft) hatte in einem vor dem Versicherungsamt des Kreises T. anhängigen Streitverfahren Ansprüche auf Erstattung der von ihr den Volontären H. und L. auf Grund des § 1513 RVO. gewährten Krankenpflegekosten in Höhe von 10,69 M geltend gemacht. — Beklagte und Berufungsklägerin (Ortskrankenkasse) hatte die Erstattung abgelehnt, weil sie die genannten Volontäre nicht für versicherungspflichtig hielt. Das Versicherungsamt entschied zugunsten der Klägerin und Berufungsbeklagten, indem es die Frage der Versicherungspflicht bejahte. Mit der rechtzeitig eingelegten Berufung fordert Beklagte und Berufungsklägerin Aufhebung der Entscheidung des Versicherungsamts T. unter Verneinung der Frage nach der Krankenversicherungspflicht der Volontäre. Sie wendet sich gegen das von dem Versicherungsamt eingeschlagene Verfahren, das insofern einen Mangel aufweise, als trotz einer von den Parteien in Gemäßheit des § 405 Abs. 2 RVO. beantragten Entscheidung über die Versicherungspflicht der bei der Firma W. A. G. B.-M. beschäftigten Volontäre, zu denen auch die beiden Genannten gehörten, lediglich über diese und ihr Versicherungsverhältnis entschieden worden sei. Die Versicherungspflicht der Volontäre H. und L. sei aber nach ihrer Ansicht um deswillen nicht anzuerkennen, weil der Eintritt in die Firma W. nur dem Zwecke der Aneignung gewisser handwerksmäßiger Fertigkeiten und nicht der Fachausbildung gedient habe. Dies widerspräche dem Lehrlingsbegriff, um so mehr als die Genannten nicht nur ohne Entgelt, sondern gegen ein der Lehrzeit entsprechendes Lehrgeld aufgenommen worden seien.

Demgegenüber wendet Klägerin und Berufungsbeklagte ein: Die praktische Ausbildung zusammen mit der theoretischen Ausbildung auf Technikas und Hochschulen mache die sogenannte Fachbildung aus. Die Zahlung eines Lehrgeldes sei nicht entscheidend für die Anerkennung oder Nichtanerkennung des Lehrlingsverhältnisses. Zwecks grundsätzlicher Entscheidung dieser Frage werde, abgesehen von der Verwerfung des Rechtsmittels, beantragt, über die Versicherungspflicht der Volontäre vorab zu entscheiden.

Das Oberversicherungsamt hat die Berufung zurückgewiesen. — G r ü n d e :

Die Auffassung der Beklagten und Berufungsklägerin, daß das Versicherungsamt über den Erstattungsanspruch in Sachen H. und L. nicht hätte entscheiden dürfen, ohne die Frage der Versicherungspflicht der Volontäre im Verfahren nach § 405 Abs. 2 RVO. zu prüfen, ist eine irrige. Wie das Reichsversicherungsamt in seiner Entsch. vom 1. März 1915 (Amtl. Nachr. 1915 Ziff. 2018) ausführt, ist bei der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs im Spruchverfahren zugleich über die Voraussetzungen des Anspruchs — unabhängig von einem nach § 405 RVO. schwebenden Verfahren — zu entscheiden. Es würde also gegen die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts verstoßen haben, wenn das Versicherungsamt das Spruchverfahren bis zur Erledigung des Beschlußverfahrens nach § 405 RVO. ausgesetzt haben würde. Aus denselben Rechtsausführungen ergibt sich auch, daß eine Entscheidung im Spruchverfahren nicht lediglich die Frage der Versicherungspflicht zum Gegenstande haben kann. Wenn die Parteien in der Berufungsinstanz zum Ausdruck gebracht haben, daß es ihnen auf eine grundsätzliche Entscheidung über die Versicherungspflicht der Volontäre ankomme, so muß dem entgegengehalten werden, daß hierzu nur das Reichsversicherungsamt befugt ist. Der vorliegende Fall eignet sich aber wegen der Revisionsfähigkeit der Entscheidung zur Abgabe an das Reichsversicherungsamt gemäß § 1693 RVO. nicht. Das Oberversicherungsamt hatte vielmehr selbst zu prüfen, ob die Volontäre H. und L. versicherungspflichtig waren und demgemäß die Forderung der Klägerin und Berufungsbeklagten berechtigt sei. Hierbei waren nun zunächst folgende Erwägungen maßgebend: Wie durch die Recht-

sprechung des Reichsversicherungsamts und durch die Literatur mehrfach anerkannt ist, setzt die Versicherungspflicht nicht notwendig einen förmlichen, den Anforderungen des Privatrechts entsprechenden Arbeitsvertrag voraus. Daraus ergibt sich, daß auch aus der Natur des Lehrvertrages keine entscheidenden Schlüsse für das Vorliegen eines Lehrlingsverhältnisses gezogen werden können. Ob also die Volontäre H. und L. auf ein oder zwei Jahre bei der Firma W. eingetreten, ob sie nach der Bekundung des Arbeitgebers in der Vorinstanz durch den Lehrvertrag auf dieselbe soziale Stufe gestellt waren wie die anderen Lehrlinge, und endlich, ob sie ein Lehrgeld zahlten oder nicht, tritt für die Beurteilung der Versicherungspflicht in den Hintergrund. Entscheidend ist vielmehr lediglich das Beschäftigungsverhältnis. Daß es sich hier um ein ernstlich gemeintes gehandelt hat, wird nicht bestritten, geht im übrigen auch daraus hervor, daß H. und L. der Arbeitsordnung unterstellt waren. Wenn Beklagte und Berufungskläger nun einen Unterschied darin erblicken zu müssen glaubt, daß H. nach Beendigung seiner Lehrzeit nicht in einen praktischen Beruf eingetreten sondern auf eine technische Hochschule gegangen sei, und L. vor Beendigung seiner Lehrzeit zur weiteren Ausbildung in ein größeres Handelsexportgeschäft eingetreten sei, so befindet sie sich im Irrtum. Wie übereinstimmend in der Literatur anerkannt wird, sind als Lehrlinge Personen anzusehen, die zum Zwecke der Fachausbildung in ein Beschäftigungsverhältnis treten (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 8 zu § 165 RVO., und Stier-Somlo, Kommentar zur RVO. Bd. I S. 266). Soweit also die Tatumstände nicht ausdrücklich dagegen sprechen, daß die Betriebstätigkeit zum Zwecke der Fachausbildung geschieht, dürfte jedenfalls die Fortsetzung derselben in einem anderen Betriebe oder die theoretische Weiterbildung auf einer höheren Lehranstalt keinen Beweis für diese Auffassung liefern. Das Oberversicherungsamt kann aber darin der Beklagten und Berufungsklägerin nicht folgen, daß die Tätigkeit der genannten Volontäre lediglich die Aneignung gewisser handwerksmäßiger Fertigkeiten zum Ziele gehabt habe. Dagegen spricht einmal die Art und der Umfang des Betriebes der Firma W., die sich mit der Anfertigung sämtlicher Munitionsteile, fertiger Patronen, Werkzeuge und Werkzeugmaschinen aller Art befaßte, und es setzt ferner die Erlangung der praktischen Kenntnisse auf diesem Gebiet eine viel zu spezielle Durchbildung in der Maschinenbautechnik voraus, als daß von „gewissen handwerksmäßigen Fertigkeiten" im Gegensatz zur „Fachausbildung" gesprochen werden könnte. Daß übrigens die Tätigkeit der Volontäre nicht schlechthin der Versicherungspflicht entzogen ist, geht aus der bisherigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts unzweideutig hervor. In Übereinstimmung hiermit hat das Reichsversicherungsamt durch Rekursentsch. vom 8. Februar 1908 die Versicherungspflicht des Klägers ausdrücklich anerkannt. Wenn es sich in dem dort erörterten Falle auch um die Unfallversicherung handelte, so folgt doch aus dieser Entscheidung, daß, wie die Betriebstätigkeit für die Frage der Versicherungspflicht auf dem Gebiete der Unfallgesetzgebung, so das Beschäftigungsverhältnis auf dem Gebiete der Krankenversicherung entscheidend ist. War dort die Frage zu prüfen, ob der Verletzte als Arbeiter im Sinne des § 1 Abs. 1 GewUnfVersGes. zu gelten hatte, so hier, ob die Verletzten als Lehrlinge im Sinne des § 165 RVO. anzusehen sind. Nach dem Gesagten war diese Frage zu bejahen.

B. Zur Krankenversicherung.

Voraussetzung der Errichtung einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 21. Januar 1920 (B. K. 467/19).

Eine gemeinsame Betriebskrankenkasse für mehrere Betriebe kann nur dann errichtet werden, wenn die sämtlichen Betriebe einem und demselben Arbeitgeber gehören. Der Begriff des Arbeitgebers kann nur nach rechtlichen Grundsätzen beurteilt werden. Mag im vorliegende Falle der Inhaber der Firma „A. M. Bauten und Industriewerke", für welchen Betrieb bereits jetzt die Betriebskrankenkasse „A. M. Bauten und Industriewerke B.-J." besteht, auch wirtschaftlich die Verfügung über die übrigen Betriebe haben, welche er dieser Betriebskrankenkasse zuzulegen beabsichtigt, so steht doch fest, daß 1. die L. B. Gesellschaft, K. G. A. M. eine Kommanditgesellschaft, 2. die T. A. am F. J. A. eine Aktiengesellschaft, und 3. die F. und S. B.-J. G. m. b. H., J. eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist, sämtlich also selbständige Rechtssubjekte sind. Bei dieser Sachlage mußte die Genehmigung zur Errichtung einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse versagt werden.

Beamte und Angestellte von Betriebskrankenkassen?

Bescheid des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 24. November 1919 (G. 1405/19).

Bei Betriebskrankenkassen gibt es Beamte und Angestellte nicht. Die für die Verwaltung der Kassen angenommenen Personen stehen lediglich in privatrechtlichem Vertragsverhältnis zu den Betriebsunternehmern (Kommentar Hoffmann, KrVers. § 361

RVO. Anm. 1 letzter Satz und § 362 Anm. 1, 4 und 5). Eine Betriebskrankenkasse als solche kann deshalb auch ihrerseits nicht Personen auf Lebenszeit oder unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt anstellen. Hiernach trifft die Bestimmung des § 9 des Angestelltenversicherungsgesetzes auf den Geschäftsführer M. nicht zu.

Versicherungspflicht der in der Landwirtschaft der Eltern beschäftigten Söhne.

Rundschreiben des **Reichsarbeitsministeriums** vom 10. Januar 1920 (HMBl. S. 66).

Zur Frage der Krankenversicherung der in den landwirtschaftlichen Betrieben ihrer Eltern beschäftigten Söhne hat sich das Reichsversicherungsamt in einem mir neuerdings erstatteten Berichte wie folgt geäußert:

„Wie das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung 2405 (Amtl. Nachr. 1917 S. 649) ausgesprochen hat, sind die Grundsätze, welche die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts über die Versicherungspflicht von Personen, die bei Verwandten beschäftigt werden, in der Invalidenversicherung aufgestellt hat, auch auf dem Gebiete der Krankenversicherung anzuwenden, soweit nicht besondere Vorschriften des 2. oder 4. Buchs der Reichsversicherungsordnung auf Unterscheidungen hinweisen. Jene Grundsätze sind in der Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Krankheit und gegen Invalidität versicherten Personen (Amtl. Nachr. 1912 S. 721 zu Ziff. 23c) zusammengestellt. Danach hängt die Versicherungspflicht der genannten Personen von den Umständen des einzelnen Falles ab. Insbesondere kommt es darauf an, ob die Arbeit und der angebliche Lohn zueinander in dem Verhältnis von Leistung und Gegenleistung stehen, oder ob nicht vielmehr nur ein familienhaftes Gemeinschaftsleben, eine unverbindliche Hilfeleistung unter wirtschaftlich und sozial Gleichgestellten aus sittlichen oder Anstandsrücksichten und eine auf der Unterhaltspflicht beruhende Darreichung der Lebensnotdurft vorliegt. Dabei ist unter anderem erheblich, ob der angebliche Arbeitnehmer eine verwertbare Arbeitskraft besitzt, ob er Lohnarbeiten bei Fremden ausgeführt hat, insbesondere etwa zu den Berufsarbeitern zählt, ob der angebliche Dienstherr einer gelohnten Hilfskraft bedurfte, auch sonst eine solche zu halten pflegte, ob eine bestimmte Vergütung vereinbart ist und regelmäßig gewährt wird, ob sie den Leistungen angemessen ist, ob nicht nur nach Befinden und Belieben, sondern mit einer gewissen Ständigkeit bestimmte Arbeiten verrichtet worden sind usw. An der Hand dieser Gesichtspunkte hat das Reichsversicherungsamt die Versicherungspflicht von Söhnen oder Töchtern, die bei ihren Eltern beschäftigt waren, vielfach bejaht, mitunter dagegen verneint (zu vgl. einerseits die Entsch. 1204 und 1502 sowie die Revisionsentsch. 1512 und die Entsch. 1572, Amtl. Nachr. 1905 S. 435, 1910 S. 558 und 647, 1911 S. 519; anderseits die Entsch. 1538 zu Nr. 4 sowie die Entsch. 1573 und 1756 a. a. O., 1911 S. 401 und 519, 1913 S. 678). Die Verneinung der Versicherungspflicht wurde häufig auf die Erwägung gestützt, daß nach den deutschen Anschauungen über das Familienleben Eltern und Kinder auf Grund des Familienbandes einander wirtschaftliche Unterstützung leisten, nicht aber in einem auf Leistung und Gegenleistung beruhenden Lohndienstverhältnis zueinander stehen, wie es im freien Verkehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte durch Verträge begründet zu werden pflegt (zu vgl. die Entsch. 1756). Auf Grund ähnlicher Gesichtspunkte hatte das Reichsversicherungsamt früher die Versicherungspflicht von Schwestern katholischer Pfarrer, die bei diesen beschäftigt waren, regelmäßig verneint (zu vgl. die Entsch. 1923, Amtl. Nachr. 1914 S. 774 und die dort angeführten Entscheidungen). Neuerdings hat es jedoch bei Prüfung dieser Frage aus den in der Entscheidung 1923 dargelegten Gründen ethische gegenüber wirtschaftlichen Gesichtspunkten zurücktreten lassen. Es liegt vorbehaltlich der Prüfung im Einzelfalle nahe, in Fällen der vorliegenden Art entsprechend zu verfahren. Alsdann würde die Versicherungspflicht erwachsener Söhne, die in der Landwirtschaft der Eltern beschäftigt werden, im allgemeinen zu bejahen sein, wenn sie ihre Arbeitskraft, durch deren anderweite Verwertung sie sich ihren Lebensunterhalt sonst verschaffen könnten, für einen Arbeitsposten zur Verfügung stellen, den die Eltern sonst anderweit besetzen müßten, ferner die Eltern ihnen hierfür eine Vergütung gewähren, die nach Lage der Umstände als Gegenleistung anzusehen ist, und endlich der Sohn auf Grund dieser wirtschaftlichen Beziehungen an die Anweisungen der Eltern gebunden ist (zu vgl. die Entsch. 1572)."

Es darf anheimgestellt werden, den Oberversicherungsämtern und Versicherungsämtern von diesen Ausführungen Kenntnis zu geben, um nach Möglichkeit widersprechende Entscheidungen dieser Behörden zu verhüten.

Übergang des Anspruchs gegen den Vater eines unehelichen Kindes auf die Krankenkasse?

Urteil des **Amtsgerichts Leipzig** vom 26. März 1920 (18 C. g. 106/20).

Die Beklagte, Verkäuferin N, hat am 16. Mai 1918 ein uneheliches Kind geboren und infolgedessen von der Klägerin, der zuständigen Krankenkasse, an Wochenhilfe 25 *M* Entbindungsgeld, 141,40 *M* Wochengeld und 43 *M* Stillgeld erhalten. Auf Grund einer Zahlung des außerehelichen Vaters des Kindes, des Bäckers Qu., hat sie überdies vom Jugendamt 184,85 *M* ausgezahlt erhalten. Dieses hatte nämlich in Vollmacht der Beklagten unter dem 5. 3. 1918 gegen Qu. eine einstweilige Verfügung dahin er-

wirkt, daß dieser zugunsten der Beklagten 20 *M* Entbindungskosten, 90 *M* Sechswochenkosten und 78 *M* Unterhaltskosten für die ersten drei Monate für das erwartete Kind hinterlege. Qu. ist dieser Verfügung nachgekommen. Die klagende Kasse führt aus, daß das Jugendamt zu Unrecht an die Beklagte gezahlt habe, da der ihr zustehende Anspruch an Qu. kraft Gesetzes auf die Klägerin im Hinblick auf deren eigene, aus dem Versicherungsverhältnis entspringende Leistungspflicht übergegangen sei. Sie klagt daher gegen die Versicherte auf Herauszahlung von 110 *M* Entbindungs- und Sechswochenkosten. — Die Beklagte wendet ein, daß sie bereits drei Wochen vor der Geburt ihres Kindes habe aus der Arbeit treten und von ihren Schwestern sich unterhalten lassen müssen. Den ihr vom Jugendamt ausgezahlten Betrag habe sie auf die ihr hierdurch erwachsenen Aufwendungen verrechnet.

Das Amtsgericht hat die Beklagte zur Zahlung von 108,16 *M* an die Kasse verurteilt. — Gründe:

Zunächst kann im Hinblick auf die gemäß §§ 195 f. RVO. von den Krankenkassen zu gewährende Wochenhilfe kein Zweifel darüber bestehen, daß auch eine Niederkunft im Sinne des genannten Gesetzes als Krankheit anzusehen ist und daß daher Ansprüche, die der Beklagten auf Grund ihrer Niederkunft nach anderen gesetzlichen Vorschriften erwachsen waren, nach § 1542 RVO. zur Zeit ihrer Entstehung auf die zur Wochenhilfe verpflichteten Klägerin übergegangen waren. Qu. hat jedoch der Klägerin gegenüber mit für ihn befreiender Wirkung die Entbindungs- und Sechswochenkosten für die Beklagte hinterlegt, da er von dem gesetzlichen Übergang der Forderung auf die Klägerin keine Kenntnis gehabt hat (vgl. §§ 407, 412 BGB.); seine Unkenntnis hiervon kann ohne weiteres auf Grund der Tatsache gefolgert werden, daß er durch richterliche Anordnung zu dieser Hinterlegung gezwungen worden ist, also annehmen durfte, diese Anordnung werde zugunsten der Berechtigten erfolgt sein, auch dagegen keinen Widerspruch erhoben hat. Die Auszahlung des Geldes an die Beklagte war daher im Umfange der Entbindungs- und Sechswochenkosten im Sinne des § 816 BGB. eine Leistung an einen Nichtberechtigten, die dem Berechtigten — der Klägerin — gegenüber wirksam war und daher die Beklagte zur Herausgabe des Empfangenen an die Klägerin verpflichtete.

Nicht kann sich die Beklagte demgegenüber darauf berufen, sie habe das erhaltene Geld auf ihre weitergehenden Ansprüche gegen Qu. auf Unterhalt für drei Wochen vor der Entbindung verrechnet. Denn Qu. hat die 110 *M* ausdrücklich als Entbindungs- und Unterhaltskosten für die ersten sechs Wochen nach der Entbindung gezahlt (§ 366 BGB.). Insoweit ist er auch der Klägerin gegenüber befreit. Im übrigen aber wird er der Beklagten wegen der weitergehenden Unterhaltsansprüche derselben, die nicht auf die Klägerin übergegangen sind, noch haften. Die Beklagte hätte höchstens, um den Wegfall ihrer Bereicherung gemäß § 818 Abs. 3 BGB. darzutun, behaupten und nachweisen können, daß sie wegen ihrer weitergehenden Ansprüche mit Qu. im Hinblick auf die Zahlung der 110 *M* einen Schulderlaßvertrag geschlossen hat. Sie hat ausdrücklich erklärt, daß sie eine solche Abmachung mit Qu. nicht getroffen habe.

Bei der Bemessung des Umfangs der der Beklagten gewordenen Bereicherung war zu berücksichtigen, daß diese von den insgesamt hinterlegten 188 *M* nach Abzug der Kosten nur 184,85 *M* ausgezahlt erhalten hat. Der verhältnismäßig auf die 110 *M* Entbindungs- und Sechswochenkosten entfallende Anteil an den 3,15 *M* Kosten beträgt 1,84 *M*. Die Beklagte ist daher nur um 108,16 *M* bereichert. In diesem Umfange war sie zu verurteilen, während wegen des Restes die Klage abzuweisen war.

Anmerkung: Der einleitende Satz dieser Begründung berührt seltsam. Danach soll kein Zweifel bestehen, daß auch eine Niederkunft im Sinne der RVO. als Krankheit anzusehen sei. Das Gegenteil ist bekanntlich unstreitig. Nur, ob im Sinne des § 1542 RVO. unter Krankheit auch Schwangerschaft und deren Folgezustände zu verstehen seien, konnte in Frage kommen, und auch dies war bekanntlich durchaus nicht zweifelsfrei, sondern sehr streitig — bis § 14 des Gesetzes vom 26. 9. 19 den § 1542 RVO. durch Einfügung des Wortes „Schwangerschaft" deklarierte. Dies hat aber den Urheber des Gesetzes bald wieder gereut. Der Entwurf eines Abänderungsgesetzes sieht Vorschriften vor, durch die ausdrücklich klargestellt werden soll, daß § 1542 RVO. bei Ansprüchen, die aus Schwangerschaft und Niederkunft erwachsen sind, nicht gilt (zu vgl. hier Heft 11 S. 217, 218); und es ist zu vermuten, daß dies Gesetz werden wird.

Sprechsaal.

Höchstbetrag der Invalidenrente am Ende des Jahres 1919.

Die folgenden Zeilen sind der Widerlegung der oft gehörten Behauptung gewidmet, daß die Leistungen der staatlichen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu gering seien, um sich ernstlich die Beitragsleistung angelegen sein zu lassen.

I. Solange § 1291 RVO. noch in ursprünglicher Fassung galt, war es möglich, den Höchstsatz der Invalidenrente auch unter Berücksichtigung des Kinderzuschusses festzustellen; denn es war vorgeschrieben, daß, wenn der Empfänger der Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren hat, die Invalidenrente für jedes dieser Kinder um ein Zehntel bis zu dem höchstens anderthalbfachen Betrage sich erhöht. Durch Art. 1 der Novelle vom 12. 6. 16 (RGBl. S. 525) wurden die Worte „bis zu dem höchstens anderthalbfachen Betrage" aus § 1291 gestrichen, und kann infolgedessen der Kinderzuschuß ohne Rücksicht auf die Anzahl der Kinder gewährt werden. Bei Beantwortung der Frage, wie hoch sich Ende

1919 der Höchstbetrag der Invalidenrente berechnet, kann daher nur die Person des Rentners selbst berücksichtigt werden.

1. Leicht auszurechnen ist der Höchstsatz des Grundbetrags der Invalidenrente. Das 4. Buch der RVO. trat an 1.1.12 in Kraft (Art. 2 Abs. 1 Einf.Ges.). Der Grundbetrag der Invalidenrente wird stets nach 500 Beitragswochen berechnet; in der höchsten Lohnklasse V werden für jede Beitragswoche 20 Pf. angesetzt (§ 1288). Infolgedessen berechnet sich der Höchstsatz des Grundbetrages der Invalidenrente auf 500 × 20 Pf. = 100 *M*.

2. Bezüglich des Höchstbetrages der Steigerungssätze (§ 1289) ist zu bemerken, daß das ursprüngliche Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz nur vier Lohnklassen kannte, und die 5. Lohnklasse erst eingeführt wurde durch das materiell am 1.1.1900 in Kraft getretene Invalidenversicherungsgesetz. Bei Berechnung des Höchstbetrages der Steigerungssätze sind daher für 1.1.1891 bis 31.12.1899 (d. s. 470 Kalenderwochen) die Steigerungssätze der Lohnklasse IV für 1.1.1900 bis 31.12.1919 (d. s. 1044 Kalenderwochen), dagegen die Steigerungssätze der Lohnklasse V nach § 1289 RVO. in Anrechnung zu bringen.

3. Demnach berechnet sich Ende 1919 die höchstmögliche Invalidenrente ohne Kinderzuschuß auf 100 *M* Grundbetrag + 470 × 10 Pf. + 1044 × 12 Pf. an Steigerungssätzen + 50 *M* Reichszuschuß (§ 1285): zusammen auf 322,28 *M* für das Jahr, oder 26,86 *M* für den Monat. Letzterer Monatsbetrag ist gemäß § 1297 auf 26,90 *M* aufzurunden, so daß sich die Jahresrente auf 322,80 *M* berechnet.

II. Die berechnete Jahreseinnahme von 322,80 *M* kommt gleich dem 4%igen Zinserträgnis aus einem Kapital von 8070 *M*.

III. Zur Erreichung dieses Höchstbetrages brauchten aber nur ganz geringe Geldmittel aufgewendet zu werden. Die wöchentlichen Beiträge in der 4. und 5. Lohnklasse betrugen ehedem nur 30 bzw. 36 Pf. (§ 96 Invaliditäts- und Altersvers. Ges., bzw. § 32 Invalidenvers. Ges.). Die RVO., deren 4. Buch am 1.1.12 in Kraft trat, bestimmt gemäß § 1392 in der höchsten Lohnklasse V einen Wochenbeitrag von 48 Pf., welch letzterer durch die am 1.1.17 in Kraft getretene Novelle vom 12.6.16 (RGBl. S. 526) um 2 Pf. erhöht wurde. Hiernach und nach den Ausführungen unter I, 2 oben berechnen sich unter Außerachtlassung der kaum in Betracht kommenden Zinsen und Zinseszinsen die Beitragshöchstsätze für 1.1.1891 bis 31.12.1919 nach folgenden Stufen:

Zeitraum	Wochenzahl	Höchstsatz d. Wochenbeitr. (Pf.)	Summe für den Beitr. (M.)
1.1.1891 bis 31.12.1899	470	30	141,00
1.1.1900 bis 31.12.1911	626	36	225,36
1.1.1912 bis 31.12.1916	261	48	125,28
1.1.1917 bis 31.12.1919	157	50	78,50
Gesamtsumme:	1514	—	570,14

Diesem Beitragshöchstsatz von nur 570 *M* steht nach den früheren Ausführungen eine Jahreseinnahme gegenüber, welche sich unter Zugrundelegung eines Zinsfußes von 4 % aus einem Kapital von 8070 *M* ergibt. Wenn die unter I, 3 berechnete Jahresrente nur zweimal bezogen wird, ist obiger Beitragshöchstsatz bereits überschritten.

IV. Die unter I, 3 berechnete Rente ist aber tatsächlich weit höher anzuschlagen wegen der Rentenzulagen (Verordnung vom 3.1.18: RGBl. S. 7, bzw. 14.12.18: RGBl. S. 1429 und 21.8.19: RGBl. S. 1665). An Zulagen werden gewährt für jeden vollen Bezugsmonat 8 *M* ab 1.2.18 zur Invalidenrente, ab 1.1.19 zur Altersrente; ab 1.10.19 wurden diese beiden Zulagen je auf 20 *M* erhöht. Der Wert der Invalidenrente erfährt noch eine wesentliche Erhöhung unter Berücksichtigung des Kinderzuschusses (§ 1291), der Möglichkeit des Heilverfahrens (§§ 1269 ff.) und der Krankenrente (§ 1255 Abs. 3), sowie namentlich deswegen, weil das Recht auf Invalidenrente die Voraussetzung bildet für die im 4. Buch RVO. geregelte Hinterbliebenenfürsorge, welche ab 1.2.18 durch die Zulagen zur Witwen- und Witwerrente erhöht wurde (§ 2 der Verordnung vom 3.1.18 RGBl. S. 7 und §§ 1, 2 Verordnung vom 21.8.19: RGBl. S. 1665). Letztgenannte Zulagen betragen für jeden vollen Bezugsmonat ab 1.2.18 je 4 *M*; ab 1.10.19 wurden dieselben auf je 10 *M* erhöht.

V. Denjenigen Versicherten, welche nicht verpflichtet sind, die höchsten Beiträge zu leisten, räumt das Gesetz die Befugnis ein, sich den Höchstsatz der Rente zu erwerben: bei der Selbst- und Weiterversicherung ist dem Berechtigten die Wahl der Lohnklasse freigestellt (§ 1440 Abs. 1 Satz 2; Hanow Kommentar Anm. 4 zu § 1440); beim versicherungspflichtigen Dienstverhältnis besteht die Möglichkeit der freiwilligen Höherversicherung (§ 1248).

VI. Zu bemerken ist schließlich noch, daß die durch die RVO. eingeführte „freiwillige Zusatzversicherung" (§§ 1472 ff.) den Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten die Möglichkeit bietet, zu jeder Zeit erspartes Geld im Mindestbetrag von einer Mark zur Erlangung einer erhöhten Invalidenrente zu verwenden. Die hierbei zu beachtende Vorschrift des § 1472 ist einfach und klar. Bezüglich der Entwertung der Zusatzmarken liegt eine Ausnahmebestimmung gegenüber den eigentlichen Beitragsmarken vor. Während nämlich in letztere durchweg der Sonntag als Tag der Entwertung selbst dann einzutragen ist, wenn die Markenverwendung schon an einem früheren oder erst an einem späteren Tage stattfindet, soll auf den Zusatzmarken, die für die freiwillige Zusatzversicherung zu verwenden sind, als Tag der Entwertung der Tag vorgemerkt werden, an dem sie in die Quittungskarte eingeklebt werden (Erlaß 1692 des RVA. A. N. 1913 S. 417).

VII. Die bisherigen Ausführungen gehen von der Voraussetzung aus, daß entweder die höchsten Beiträge in der Pflichtversicherung geleistet, oder die gesetzlichen Möglichkeiten zur Erhöhung der Renten wahrgenommen werden. Aber auch dann, wenn diese beiden Voraussetzungen nicht zutreffen, vielmehr lediglich den gesetzlichen Verpflichtungen nachgekommen wird, sind die Leistungen nach dem 4. Buch der RVO. aus den bereits unter IV. erwähnten Gründen, sowie im Hinblick auf den Reichszuschuß (§ 1285), die Anrechnung der sogenannten Ersatztatsachen (§ 1393) und die auf die Altersrente einschlägige Übergangsvorschrift des Art. 65 Einf. Ges. zur RVO. sicher nicht als gering zu erachten im Vergleich mit den unbedeutenden Wochenbeiträgen.

Bezirksamtmann v. Peßl
in Bayreuth.

Heilverfahren auch als Pflichtleistung?

Die folgenden Bemerkungen bezwecken nur eine Anregung für den Gesetzgeber. Nach der Reichsversicherungsordnung können die Versicherungsträger — und nach § 942 die Gemeinde — zur Durchfüh-

rung eines Heilverfahrens oder zur nachträglichen Übernahme der Kosten eines solchen, das etwa der Versicherte selbst, sei es mit oder ohne Vorwissen jener, durchgeführt hat, nicht verpflichtet werden. Das ergibt sich schon allein aus dem Wortlaut der §§ 184, 580, 597, 942, 951 und 1269 der RVO. Jeden Zweifel hieran hat die grundsätzl. Rev.-Entsch. des RVA. Nr. 2191 (Amtl. Nachr. 1916 S. 478, ArbVers. 1916 S. 564) vollends beseitigt, indem sie das Heilverfahren auch dann in das Belieben des Versicherungsträgers gestellt sein läßt, wenn ein sogenannter dringender Fall ein schnelles Eingreifen erfordert. Diese Entscheidung ist zwar in einer Streitigkeit aus dem Gebiete der Krankenversicherung ergangen; da aber die entsprechenden Bestimmungen der Unfall- und der Invalidenversicherung das Heilverfahren ebenfalls nur als freiwillige Versicherungsleistung behandeln, so kann jene Rev.-Entscheidung gleichermaßen auch für diese beiden anderen Versicherungszweige als grundsätzliche Auslegung in Anspruch genommen werden.

Trifft die Ablehnung eines beantragten Heilverfahrens oder des Kostenersatzes für ein bereits durchgeführtes einen Versicherten, dem an Stelle dieser Leistung immerhin eine bare Pflichtleistung des Versicherungsträgers zusteht — sei es Krankengeld, Unfall- (Voll-) Rente, oder Invalidenrente —, so hat der Versicherte wenigstens einen gewissen und im Spruchverfahren auch erzwingbaren Ausgleich für die durch Erkrankung, Verletzung oder Invalidität verursachte Beeinträchtigung seiner wirtschaftlichen Lage. Jedenfalls hat er die in seiner Lage als rein seelisches Moment nicht zu unterschätzende Genugtuung, die Versicherung für ihn eintreten zu sehen. Wird ihm die Hilfe aber zu einer Zeit versagt, in welcher ihm noch keine Pflichtleistung zur Seite steht, so erleidet er, der oft wirtschaftlich Schwache, neben der an sich schon eintretenden Beeinträchtigung der Arbeitskraft noch einen für seine Verhältnisse oft außerordentlich großen Vermögensnachteil durch die Kosten eines Heilverfahrens, die ihm nicht ersetzt werden können. Der Unterschied wird aber noch auffallender, wenn anderseits der wirtschaftlich starke Versicherungsträger die Vorteile dieses Heilverfahrens ausschließlich nach der geldlichen Seite mitgenießt, indem er für die dadurch verminderte oder gar ganz beseitigte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine Entschädigung nicht zu gewähren braucht. Dieses Mißverhältnis wird besonders deutlich auf dem Gebiete der die höchsten Entschädigungs- (Renten-) Sätze gewährenden und eine Wartezeit bis zu 13 Wochen vorsehenden Unfallversicherung. Ein Beispiel aus der Praxis, wie es nicht vereinzelt dasteht, wird das am besten dartun.

Durch zu schweres Heben bei ihrer Berufsarbeit hatte sich eine nur gegen Unfall versicherte Witwe die Einklemmung eines Leistenbruches zugezogen, die zur Abwendung drohender Lebensgefahr einen operativen Eingriff ohne Zeitverlust erforderte. In der begreiflichen Aufregung wurde auch nicht erst gefragt, wer schließlich die Kosten tragen werde. Die Operation beseitigte die Einklemmung und ihre Folgen so gründlich, daß bei Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall eine Rentenzahlung nicht in Betracht kommen konnte. Der gleichwohl erhobene Entschädigungsanspruch ist denn auch von der Berufsgenossenschaft und dem Oberversicherungsamt mit der einwandfreien Begründung abgelehnt worden, eine Rente komme mangels zu entschädigender Unfallfolgen nicht in Frage, die Kosten der Operation (die sich, beiläufig bemerkt, auf fast 100 ℳ beliefen — im Jahre 1916 —) könnten aber deshalb nicht ersetzt werden, weil es sich hier um Kosten eines Heilverfahrens handle, das vom Versicherungsträger weder angeordnet noch gebilligt worden sei, davon abgesehen aber innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall stattgefunden habe, was nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes die Ersatzpflicht der Berufsgenossenschaft sowieso ausschließe. — Zu einer freiwilligen Leistung irgendwelcher Art hat sich die Berufsgenossenschaft bei dieser Sach- und Rechtslage nicht verstanden. —

Die Frau hat diese Entscheidung nicht begreifen können, und es muß wohl zugegeben werden, daß eine gesetzliche Bestimmung, die dem Versicherungsträger in dieser Weise eine unbestreitbare Schadloshaltung — man könnte fast sagen: auf Kosten des Versicherten — gestattet, nicht dem natürlichen Rechtsempfinden der Angehörigen der unteren Volksschichten entgegenkommt. In Fällen solcher Art, die sich nicht einmal nur vereinzelt ereignen, würde, solange nicht eine Änderung des Gesetzes selbst hier andre Wege weist, ein wohlwollendes Entgegenkommen der Berufsgenossenschaften sehr zu begrüßen sein. Die größeren gewerblichen wie auch landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sind auch tatsächlich — sofern ein Rentenanspruch besteht und die Wartezeit abgelaufen ist — bereit, die Kosten eines plötzlich zur dringenden Notwendigkeit gewordenen Heilverfahrens zu übernehmen, wenn sie wenigstens innerhalb einer angemessenen Frist darum angegangen worden sind. Indessen bleibt auch ein weitgehendes Wohlwollen eben nur ein Wohlwollen, das der Sicherheit des Anspruchs entbehrt; auch so würde der Versicherte, namentlich in der Wartezeit, auf schwankendem Grunde stehen.

Der Erwägung wäre es daher nicht unwert, ob nicht auf dem Wege der Gesetzesänderung oder -ergänzung die Versicherungsträger oder die Gemeinde wenigstens in Fällen der geschilderten oder ähnlicher Art, in denen ihnen aus der Handlung des Versicherten ein Vermögensvorteil erwächst, verpflichtet werden könnten, sich an den Kosten von Heilverfahren zu beteiligen, und zwar etwa:

1. im Falle der Beseitigung des Versicherungsfalles oder einer wesentlichen Milderung seiner Folgen durch das Heilverfahren: in vollem Umfange,
2. im übrigen: bis zur Höhe der Kosten, die dem Versicherungsträger oder der Gemeinde erwachsen sein würden, wenn sie das Heilverfahren selbst durchgeführt hätten.

H. Baum, Regierungssekretär beim Oberversicherungsamt Coblenz.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Über die Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung

wird vom Reichsarbeitsministerium mitgeteilt:

Die Verordnung über die Heraufsetzung des Grundlohnes und die Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenkasse ist vom 1. April 1920 auf Grund eines Gesetzes über die vereinfachte Form der Gesetzgebung für die Zeit der Übergangswirtschaft

vom 17. April 1919 von der Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats und des für solche Zwecke von der Nationalversammlung gewählten Ausschusses beschlossen worden. Dieser Weg mußte der Dringlichkeit der Sache wegen beschritten werden. Die Reichsregierung und der Reichsrat wollten die für die Versicherungspflicht maßgebende Höchstgrenze nur auf 12 000 ℳ heraufsetzen. Der erste Ausschuß der Nationalversammlung hat trotz der sehr nachdrücklich vorgetragenen Bedenken der Vertreter der Reichsregierung eine Höchstgrenze für den Grundlohn überhaupt beseitigt und die Versicherungsgrenze auf 20 000 ℳ heraufgesetzt. Der Reichsrat konnte diesem Beschluß seine Zustimmung nicht wohl versagen, da die dann eingetretene Verschleppung der Grundlohnerhöhung zu den schwersten Mißständen geführt haben würde. Indessen kann die Nationalversammlung nach § 1 Abs. 2 des bezeichneten Gesetzes die Aufhebung oder Änderung der betreffenden Verordnung beschließen. — — Das ist inzwischen geschehen. Zu vgl. Heft 12 S. 229 Anm.

Zur Vergütung für die Krankenkassen aus der Branntweinmonopol-Einnahme

weist die „Betriebskrankenkasse" mit Bezug auf die Bekanntmachung vom 7. 3. 20 (hier Heft 11 S. 212) zutreffend auf den gewaltigen Aufwand an Arbeit, Papier, Versendungskosten usw. hin, der erforderlich sei, um die doch schließlich nicht erheblichen Beträge auf die Krankenkassen zu verteilen. Man sollte meinen, daß dafür auch genüge die von jeder Kasse jährlich an das Versicherungsamt einzureichende Mitgliedernachweisung (§ 367 RVO., Muster 3b in der Bekanntmachung über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen vom 9. 10. 13). Man gehe wohl nicht fehl in der Annahme, daß das Statistische Reichsamt die Nachweisungen über den Mitgliederstand der Krankenkassen wünscht für die Zwecke seiner Abteilung für Arbeiterstatistik, und zwar für die Berichte über den Arbeitsmarkt, die in jeder Nummer des „Reichs-Arbeitsblattes" gegeben werden. Diese Veröffentlichungen des Statistischen Reichsamts, Abteilung für Arbeiterstatistik, im „Reichs-Arbeitsblatt" wiesen bisher insofern eine Lücke auf, als nur ein Teil der Krankenkassen dem Statistischen Reichsamte die erforderlichen Unterlagen lieferte; im Durchschnitt sind es Kassen, die über sieben Zehntel der gesamten Mitglieder der Krankenkassen umfassen (RABl. 1920 Nr. 1 S. 4). Es mache einen eigenartigen Eindruck, wenn dieser Mangel auf dem Umwege über die Rückvergütung aus der Branntweinmonopol-Einnahme behoben werden soll. . . . .

Die Bekanntmachung trägt das Datum des 7. 3. 20. Die Nr. 50 des RGBl., in der die Bekanntmachung veröffentlicht ist, wurde erst am 25. 3. 1920 in Berlin ausgegeben und gelangte in den letzten Tagen des Monats März in die Hände der auswärtigen Bezieher. Die Vorschrift des § 6, wonach die Kassen die Nachweisungen für die Monate Oktober 1919 bis März 1920 spätestens bis zum 15. 4. 20 einzureichen haben, werde sich wegen der kurzen Zeit nicht erfüllen lassen. Die Aufsichtsbehörden würden wahrscheinlich die von ihnen zu liefernden Vordrucke bis zum 15. 4. 20 den Kassen nicht einmal zustellen können. Es sei bedauerlich, daß solche undurchführbaren Vorschriften gegeben werden, die nur geeignet seien, Unruhe hervorzurufen.

Die „Strafvorschrift" des § 7 mache keinen guten Eindruck. Die gewünschte Wirkung hätte sich auch durch eine den Kassen entgegenkommendere Fassung erzielen lassen. Die Vorschrift des § 7 werde nicht streng durchgeführt werden können, denn es seien Umstände möglich, die eine unzureichende Ausfüllung oder nicht rechtzeitige Einsendung rechtfertigen. Sollte § 7 streng ausgelegt werden, dann wird dadurch bei den Krankenkassen Unzufriedenheit und Mißstimmung hervorgerufen, was doch wohl nicht beabsichtigt ist. Den Krankenkassen sei nur zu empfehlen, bestrebt zu sein, auch diese neue Pflicht fortlaufend pünktlich und gut zu erfüllen.

Revision des Achtstundentages und Einführung der Akkordlöhne.

Der frühere Staatssekretär August Müller hat in der Industrie- und Handelszeitung Ausführungen gemacht, die für den Wiederaufbau sehr beachtenswert sind. Er bezeichnet das als erstes Erfordernis, die klare Erkenntnis der Ursachen unseres Elends, Einigung der Wirtschaftssachverständigung auf ein von den Einflüssen der Parteiprogramme und Weltanschauungen befreites Wirtschaftsprogramm und Propagierung der dringenden Notwendigkeiten vor den der Anleitung und Führung bedürftigen Massen auch auf die Gefahr hin, daß dabei Mittel erfunden werden müssen, die populären Vorstellungen und liebgewordenen Überzeugungen widersprechen. Diese Mittel sind, wie Herr Dr. M. ausspricht, in einer mäßigen Arbeitszeitverlängerung für die weniger schweren Berufe und in der allgemeinen Wiedereinführung der Akkordlöhne zu sehen. Es wird in diesem Aufsatz, den wir der „Arbeiterbewegung" entnehmen, weiter zugegeben, daß die im November 1918 erfolgte Festlegung des für alle Berufe gleichen Achtstundentages eine zum mindesten übereilte Maßnahme gewesen sei, welche die Produktionskraft des deutschen Volkes höchst ungünstig beeinflußt habe. Alle unsere Nöte fließen in einem Punkt der geringen Arbeitsleistung zusammen. Heute sei man schon zufrieden, wenn wenigstens die Stundenleistungen der Arbeiter wieder die gleichen wie früher seien. Von einer gesteigerten Intensität, die man sich von einer Verkürzung der Arbeitszeit früher immer versprochen habe, sei nichts zu spüren. Um den verhängnisvollen Ausgang der Arbeitsleistung wieder einzuholen, sei die Wiedereinführung von Löhnungsmethoden ganz unermeßlich, die wie Akkordlöhne, das Interesse des Arbeiters an der Steigerung des Wirkungsgrades seiner Arbeit beleben. Technisch müsse ferner nach den feinsten wissenschaftlichen Methoden der Arbeitserfassung und nach den wirtschaftlichen Grundsätzen der Fertigung: Normalisierung und Typisierung gearbeitet werden, um die Folgen der Arbeitszeitverkürzung wieder einigermaßen auszugleichen. Der Achtstundentag selbst aber, darf auch kein Kräutlein „Rühr-mich-nicht-an" bilden, der auch für ganz leichte, mit wenig körperlichen und geistigen Anstrengungen und vielen mit Arbeitsbereitschaft ausgefüllte Tausend ausgezeichnete Branchen strikte innegehalten werden muß. Schwere Arbeit erhebt mit Recht den Anspruch auf kürzere Arbeitszeit, als leichte und bequeme Arbeit. Die Unterschiede, die früher bestanden, und durch den allgemeinen Achtstundentag aufgehoben wurden, jetzt wieder einzuführen durch noch stärkere Arbeitszeitverkürzung in den unangenehmen Berufen, würde aber den Tod unserer Volkswirtschaft bedeuten.

Im Bergbau will der Verfasser den Arbeitsertrag dadurch heben, daß er neben der Vermehrung der Bergarbeiter, die nur allmählich vor sich gehen kann, die Methode, bestimmte Kohlenverbrauchergruppen mit bestimmten Bergwerken so zu verbinden, daß letztere immer für die gleichen Verbraucher

die Kohlen liefern. Für die Landwirtschaft fordert er eine großzügige Produktionspolitik mit dem Ziele der Erreichung höchster Intensität in Verbindung mit unserer Kali- und Stickstoffwirtschaft. Die deutsche Industrie anderseits müsse so gestaltet werden, daß unsere Fähigkeit wissenschaftliche Leistungen und praktische Auswertungen ihre Ergebnisse miteinander verbinden und hochwertige Erzeugnisse zu schaffen, voll zur Wirkung komme. —

Das ist — wenn wir nicht irren, auch von Herrn Dr. Müller — nicht immer gelehrt worden. Es wäre zu begrüßen, wenn die neue, durch bittere Erfahrungen erworbene Erkenntnis nunmehr mit Eifer und Erfolg auch in denjenigen Kreisen verbreitet würde, die durch ein Übermaß von Empfänglichkeit für frühere Irrlehren eine andere Auffassung gewonnen haben und wenig Bereitwilligkeit zeigen, davon abzugehen.

Über die Erwerbslosenfürsorge

sprach kürzlich in einem Vortrage der Gehe-Stiftung zu Dresden Regierungsrat Meißgeier. Er ging zuerst auf die gegen die Arbeitslosigkeit zu treffenden Maßnahmen ein, die stets je nach Ursache der Arbeitslosigkeit verschieden sein werden und bei denen in erster Linie die Maßnahme der Arbeitsvermittlung steht. Alle angewandten Mittel konnten aber schon in guten Zeiten nicht verhindern, daß Arbeitslosigkeit eintrat, und so kam man schon früher zur Frage der Arbeitslosenversicherung. In Deutschland übten bereits seit langem die Gewerkschaften eine gewisse Arbeitslosenunterstützung aus, und der früher erwogene Gedanke, diese durch Mittel des Reichs und der Gemeinden auszubauen, war gesund, da dadurch letzteren gewisse Lasten abgenommen worden waren. Das Fehlen einer Arbeitslosenversicherung machte sich schon bei Kriegsausbruch fühlbar. 1914 verhielt sich die Reichsregierung zur Arbeitslosenunterstützung aus Anlaß des Krieges noch ziemlich ablehnend. Der Reichskanzler erklärte, daß die Gemeinden für die Arbeitslosen zu sorgen hätten, wozu ihnen aus Reichsmitteln geholfen werden müsse.

Eine planmäßige Fürsorge kam erst mit der Bewilligung der Reichsbeihilfen in Fluß. Zuerst wurden nur die durch den Krieg erwerbslos Gewordenen unterstützt. Durch steigende Arbeitslosigkeit kam man allmählich zum Ausbau der Arbeitsnachweise, die eine immer größere Bedeutung erlangten. Durch Entlastung des Arbeitsmarktes und Verteilung der Arbeitslosen auf ganz Sachsen und das Reich übten sie eine gute Wirkung aus, wobei hervorzuheben ist, daß besonders das sächsische Volk am meisten herumgewandert ist. Die Unterstützungsfrage in der Erwerbslosenfürsorge wurde aber erst durch die Verordnung der Volksbeauftragten vom November 1918 geregelt, die aber nicht die einzige Maßnahme in dieser Beziehung bleiben konnte.

Der Vortragende führte die vielen weiteren Verordnungen besonders für die Zeit der wirtschaftlichen Demobilmachung an, die der Arbeitslosigkeit steuern sollten, die aber nicht vermocht hätten, die Produktivität zu steigern. Die letzte Verordnung war die vom Januar d. J., die den Abbau der Erwerbslosenfürsorge betrifft und eine schärfere Kontrolle ausüben soll. Nur eine Arbeitslosenversicherung könne Ordnung in die Verhältnisse der Erwerbslosenfürsorge bringen, deren jetzige Form keine individuelle Behandlung der einzelnen Fälle zulasse. Ein Gesetzentwurf sei in Vorbereitung. Zweckmäßig wäre es, die Arbeitslosenversicherung den Arbeitsnachweisen anzuschließen und diese zu Arbeitsämtern auszubauen, die entscheidend für die Berechtigung des Empfangs der Unterstützung zu sein hätten. Diese Versicherung werde eine Reichsversicherung und finanziell auf Beiträgen der Arbeitgeber- und Arbeitnehmer und Zuschüssen des Reichs aufgebaut sein müssen. England und Italien seien hierin vorbildlich gewesen. Für die Zeit des Überganges werde die gegenwärtige Erwerbslosenfürsorge bestehen bleiben müssen.

Die Arbeitslosenversicherung werde der Schlußstein des großen Gebäudes der Sozialgesetzgebung sein und durch den Schutz vor Gefährdung der Existenzbedingungen bei unschuldhafter Not auch die Forderung eines der Grundrechte des Deutschen erfüllen, indem sie jedem Deutschen die Möglichkeit seines Unterhalts durch wirtschaftliche Betätigung gewähre und, soweit dies nicht möglich ist, für seinen Unterhalt gesorgt werde.

Im Anschluß hieran sei bemerkt, daß ein neuer Entwurf für eine Erwerbslosenversicherung von der Reichsregierung ausgearbeitet wird, der dem neugewählten Reichstag vorgelegt werden soll. Der Inhalt des Entwurfs ist etwa folgender:

Gegen Arbeitslosigkeit wird jeder Arbeiter und Angestellte versichert, der zwangsweise der Krankenversicherungspflicht unterliegt. Unterstützung im Falle der Arbeitslosigkeit erhält jeder, der ohne sein Verschulden arbeitslos geworden ist. Die Höhe der Unterstützung regelt sich nach Ortslohn und Krankengeld. Die Unterstützung wird zeitlich begrenzt. Der Arbeitslose unterliegt einer genauen Kontrolle. Arbeitslosenversicherung und Arbeitsvermittlung arbeiten Hand in Hand. Die Unterstützungsgelder dienen allein zur Bestreitung des notwendigen Lebensunterhaltes. Die Gemeinden werden verpflichtet, für ihren Bereich Erwerbslosenversicherungskassen zu errichten. Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen Beiträge zu diesen Kassen analog der Versicherungsordnung. Das Reich bewilligt zunächst noch Zuschüsse. Wer vermittelte Arbeit ablehnt, ist der Unterstützung verlustig.

Es geht nicht an, daß die Arbeiterschaft durch die Beitragspflicht gezwungen wird, sich selbst gegen Arbeitslosigkeit zu versichern. Solange das Gemeinwesen nichts tut, um Arbeitslosigkeit zu vermeiden, sondern es den Unternehmern erlaubt, die Arbeiter auf die Straße zu setzen ohne zuvor durch Verkürzung der Arbeitszeit und ähnliche Maßnahmen die Arbeitsnot zu mildern, solange kann keine Rede davon sein, daß die Arbeiter einen Teil ihres Lohnes hergeben sollen, um sich gegen Arbeitslosigkeit zu versichern. Nutznießer dieser „Freiheit" sind allein die Unternehmer, weshalb zu fordern ist, daß sie auch die Kosten allein tragen.

Der günstige Einfluß der Verminderung des Alkoholverbrauchs

infolge der Einschränkungen der Kriegszeit kommt auch in der Statistik des Reichsversicherungsamts über die Heilbehandlung für das Jahr 1918 deutlich zum Ausdruck. In ständiger Behandlung bei den Versicherungsorganen waren wegen Trunksucht in diesem Jahre nur 11 Personen, worunter 5 Frauen. „Die Zahl der in den Jahren 1915, 1916 und 1917 einen sehr starken Rückgang aufweisenden Trunksüchtigen hat sich gegen das Vorjahr kaum verändert. Bei den Trunksüchtigen fällt die verhältnismäßig starke . . . Beteiligung der Frauen auf", bemerkt eine Veröffentlichung des Reichsversicherungsamts dazu.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Zur Anwendung des § 197 RVO. im Falle des § 212 bei der Familienwochenhilfe.

1. **Nach Rh.** Frage: Die Frau eines Mitgliedes der Landkrankenkasse ist am 13. 11. 19 niedergekommen und erhielt bis zum 27. 11. 19 die Familienhilfe von uns. Mit dem 28. 11. 19 wurde der Ehemann infolge Übernahme einer anderen Beschäftigung Pflichtmitglied einer Ortskrankenkasse, welche die weitere Leistung der Familienhilfe übernahm. Diese Kasse fordert nun von uns Ersatz für sämtliche gewährten Leistungen zur Hälfte (da die andere Hälfte das Reich erstattet), so daß sie selbst nichts zu zahlen hätte. Wir nehmen an, da die Familienhilfe jetzt zu den Regelleistungen der Krankenkassen gehört, daß die Kasse in E. solche auch bis zur Beendigung der Leistungsdauer bzw. für die Dauer der Mitgliedschaft des Ehemannes bei ihr aus eigenen Mitteln zu zahlen hat. Ist das richtig?

Antwort: Die Kasse, welche die Leistung der Familienwochenhilfe nach § 212 RVO. gewährt, kann nach § 197 von anderen Kassen, bei denen der Ehemann der Wöchnerin im letzten Jahre vor der Niederkunft versichert gewesen ist, Erstattung fordern (§§ 197, 205a Abs. 2 RVO.; ArbVers. 1919 S. 633 Ziff. 2c, S. 634 Ziff. 4a) „nach Verhältnis der Mitgliedzeit". Da der Ehemann im Jahre vor der Niederkunft der Ortskrankenkasse überhaupt nicht, sondern nur Ihrer Landkrankenkasse als Mitglied angehört hat, kommt diese allein und im vollen Umfange als erstattungspflichtig in Betracht.

Knappschaftsinvaliden haben keinen Anspruch auf Familienwochenhilfe.

2. **Nach Oker.** Antwort: Aus §§ 1, 10 Ges. v. 26. 9. 19 ergibt sich, daß die Familienwochenhilfe aus § 205a RVO. zu den Regelleistungen der Krankenkassen gehört, welche nach § 495 RVO. auch die knappschaftlichen Krankenkassen „ihren Mitgliedern" durch die Satzung zubilligen müssen. Die Knappschaftsinvaliden aber gehören, wie aus den §§ 9 ff. des preuß. Knappschaftsgesetzes (§§ 7 ff. Ihrer Satzung) hervorgeht, nicht zu den „Mitgliedern", wenngleich das Gesetz und die Satzung ihnen noch gewisse beschränkte Rechte aus der Versicherung einräumen können. Wenn demgemäß Ihre Satzung (§ 26), entsprechend dem § 13 Abs. 3 des Gesetzes, bestimmt, daß die Invaliden sich durch Fortentrichtung der einfachen (d. h. der halben) Beiträge den „Anspruch auf Krankenpflege" erhalten können, so ergibt sich gerade hieraus, daß sie nicht Mitglieder, sondern „ehemalige Kassenmitglieder" sind (zu vgl. Abs. 4 des § 26 der Satzung). Sie haben daher keinen Anspruch auf Familienwochenhilfe aus § 205a RVO.

Wochenhilfe für Angehörige von Versicherten (§ 205a RVO.) im Falle des § 420 RVO.

3. **Nach Gr. Strehlitz.** Antwort: In den amtlichen Erläuterungen zum Ges. v. 26. 9. 19 (zu § 12, ArbVers. 1920 Heft 2 S. 34) findet sich allerdings folgende Bemerkung: „Der Anspruch versicherungsfreier Familienmitglieder solcher Personen, welche nach § 420 RVO. versichert sind, bestimmt sich nach § 205a RVO. in der Fassung des § 10 des Gesetzes. Dabei findet jedoch ein Wegfall oder eine Kürzung von Barleistungen nicht statt usw." Gegen diese aus dem Gesetze selbst schwerlich zu begründende Auffassung hat aber Hoffmann in der Zeitschrift „Deutsche Landkrankenkasse" 1920 Sp. 21 ff. gewichtige Bedenken erhoben und ausgeführt, daß in solchen Fällen die Familienwochenhilfe zu verweigern ist und nur Wochenfürsorge auf Grund des § 17 des Gesetzes eintreten kann. Wir empfehlen, demgemäß zu verfahren und es auf Entscheidung der Versicherungsbehörden ankommen zu lassen.

Erstattungsanspruch der Kasse bei Heirat der unehelichen Wöchnerin durch den Vater des Kindes.

4. **Nach Laurahütte.** Antwort: Solange der Vater des Kindes mit dessen Mutter nicht verheiratet ist, besteht gegen ihn der Anspruch aus dem außerehelichen Verkehr (§ 1715 BGB.), und nur für diese Zeit kann ein Erstattungsanspruch der Kasse in Betracht kommen. Heiratet der Vater die Mutter, so beruht für die Folgezeit seine Verpflichtung nicht auf dem außerehelichen Verkehr, vielmehr ist er nunmehr als Ehemann gesetzlich zur Unterhaltung seiner Frau verpflichtet. Damit entfällt auch von der Eheschließung an der Erstattungsanspruch der Kasse, er bleibt aber für die Zeit vorher bestehen.

Anwendbarkeit des § 1542 RVO. bei Familienhilfe.

5. **Nach Bärenstein.** Frage: Wir gewähren satzungsgemäß als Familienhilfe freie ärztliche Behandlung und Arznei für Ehefrauen und Kinder. Die Ehefrau eines Mitgliedes erlitt eine Körperverletzung durch Überfall. Der Überfallenen haben wir daraufhin ärztliche Behandlung und Arznei gewährt und wollen jetzt unseren Erstattungsanspruch gegenüber dem Schuldigen geltend machen. Wir bitten um Auskunft, ob wir als Ersatz der Kosten für Krankenpflege gemäß § 1542 in Verbindung mit § 1503 RVO. ⅜ des Grundlohns fordern können oder ob wir nur, da es sich um Familienhilfe handelt, die tatsächlichen Aufwendungen berechnen dürfen.

Antwort: Als nach der RVO. versichert im Sinne der RVO. wird jede Person zu gelten haben, der auf Grund dieses Gesetzes eine Leistung, also z. B. auch die Familienhilfe zu gewähren ist. Denn den Versicherungsträgern soll durch § 1542 ein Erstattungsanspruch insoweit gegeben werden, als sie auf Grund der RVO. eine Leistung bewirken müssen, zu der auf Grund sonstiger Vorschriften bereits ein Dritter verpflichtet ist. Es wäre sachlich nicht gerechtfertigt, hier einen Unterschied zu machen, ob das Kassenmitglied selbst oder einer seiner Angehörigen die Krankenhilfe erhält. Findet aber somit § 1542 RVO. auch im Falle der Familienhilfe Anwendung, so gilt hier auch sein 2. Absatz und somit

§ 1503, wonach nicht die wirklichen Aufwendungen, sondern 3/5 des Grundlohnes für die Krankenpflege zu erstatten sind.

Verlegung des Aufenthalts des Versicherten ins Ausland nach Beginn der Familienhilfe — Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht.

6. Nach Völklingen. Antwort: a) Die Betriebe des Auslandes unterstehen nicht der deutschen Krankenversicherung. Aber der einmal begründete Anspruch auf Kassenleistungen wird nicht dadurch beseitigt, daß die Voraussetzungen fortfallen. § 216 Ziff. 2 RVO. bestimmt zwar, daß für Berechtigte bei Aufenthalt im Ausland die Krankenhilfe ruht, aber in Abs. 2 wird weiter gesagt, daß den im Inland befindlichen Angehörigen die Familienhilfe zu gewähren ist. Hierzu gehört auch die Wochenhilfe aus § 205a. Soweit ist diese von der Betriebskrankenkasse weiter zu gewähren. Sollte übrigens der Arbeiter sich nach § 313 RVO. weiterversichert haben, so ist § 214 nicht anwendbar.

b) Durch die Verordnung vom 22. 11. 18 — und neuerdings durch diejenige vom 1. 4. 20 — ist die Krankenversicherungspflicht nur insoweit ausgedehnt worden, als sie durch den Jahresarbeitsverdienst begrenzt war, nicht aber insoweit, als andere Voraussetzungen in Betracht kommen. Selbständige Gewerbetreibende z. B. sind auch dann nicht versicherungspflichtig, wenn sie höchstens 5000 (wird erhöht werden) Mark jährlich durch Arbeit verdienen.

Nachträgliche Heirat des versicherten Schwängerers begründet keinen Anspruch auf Familienwochenhilfe — keine Wartezeit für Familienwochenhilfe.

7. Nach Gernsbach. Antwort: a) Maßgebend für den Anspruch sind die Umstände wie sie im Zeitpunkt der Niederkunft bestehen. Darum wird der Anspruch auf Familienwochen hilfe nicht dadurch begründet, daß der versicherte Schwängerer die Wöchnerin nach der Entbindung heiratet. Es bleibt daher der Anspruch auf Wochen fürsorge in vollem Umfange bestehen (vgl. ArbVers. 1920 S. 119 Ziff. 3a), und der Kasse sind vom Reiche die vollen Leistungen zu erstatten, also auch diejenigen für die Zeit nach der Eheschließung (§ 20 Ges. v. 26. 9. 19).

b) Eine Wartezeit besteht für die Familienwochenhilfe nicht, wie wir schon wiederholt ausgeführt haben (vgl. ArbVers. 1919 S. 619 Ziff. 4a, S. 633 Ziff. 1, S. 678 Ziff. 2, S. 719 Ziff. 5).

Keine Beitragsfreiheit für eine versicherte Wöchnerin, die nur Anspruch auf Wochenhilfe aus § 1 Bek. v. 3. 12. 14 hat.

8. Nach Bünde. Antwort: Wenn nach § 383 Abs. 2 RVO. während des Bezugs von Wochengeld keine Beiträge zu entrichten sind, so kann das nur für die Fälle gelten, in denen die Kasse aus eigenen Mitteln Wochengeld zahlt. Denn der Sinn der Vorschrift ist der, daß dem Versicherten während der tatsächlichen oder der vom Gesetze vermuteten Arbeitsunfähigkeit die Beitragsleistung nicht zugemutet werden könne, wenn ihm die Kasse aus eigenen Mitteln Leistungen gewähren muß; andernfalls würden diese sich tatsächlich um die Beiträge vermindern. Diese Vorschrift ist aber nicht anwendbar in denjenigen Fällen, in denen die Kasse zwar die Leistungen vorschießt, sie aber nicht endgültig trägt, sondern sie vom Reich erstattet bekommt. Hier ist die Kasse gar nicht leistungspflichtig, würde es aber tatsächlich bis zu einem gewissen Grade sein, wenn sie auf die ihr zustehenden Beiträge verzichten müßte. Darum müssen für eine versicherte Wöchnerin, die zwar mangels Erfüllung der sechsmonatigen Wartezeit keinen Anspruch aus § 195a RVO., wohl aber einen solchen aus § 1 der Vrdg. v. 3. 12. 14 hat, die Beiträge weiter entrichtet werden.

Wochenhilfe, wenn das Kind im Ehebruch erzeugt ist.

9. Nach Penig. Antwort: Ein Kind, das während der Ehe geboren ist, gilt als ehelich, also als dasjenige des Ehemannes, solange dieser nicht die Ehelichkeit im Wege der Klage angefochten hat (§§ 1591, 1593 BGB.). Die Anfechtung kann nur binnen einem Jahre erfolgen, nachdem der Mann die Geburt des Kindes erfahren hat (§ 1594 BGB.). Ist er Mitglied Ihrer Kasse, so muß somit der Wöchnerin von ihr die Wochenhilfe gewährt werden, falls nicht die Unehelichkeit durch rechtskräftiges Urteil festgestellt worden ist. Vgl. die Entscheidung des RVA. in der ArbVers. 1917 S. 111, ferner ArbVers. 1915 S. 212 und 715, 1916 S. 344. Der Umstand, daß die Ehe wegen des Ehebruches, in welchem das Kind erzeugt sein soll, geschieden ist, genügt nicht, um die Wochenhilfe zu verweigern. Auf Grund des § 17 Ges. v. 26. 9. 19 können nur die Allgemeine Ortskrankenkasse oder die Landkrankenkasse verpflichtet sein, nicht aber die Betriebskrankenkasse (§ 18 a. a. O.). Die Verpflichtung der letzteren könnte in dem geschilderten Falle nur auf § 205a RVO. gestützt werden.

Die Schwangerschaftsbeihilfe wird für Heilmittel nicht gewährt.

10. Nach Lohr. Antwort: Bei Schwangerschaftsbeschwerden wird auf Grund der Vorschriften über Wochenhilfe die Beihilfe nur für Hebammendienste und ärztliche Behandlung gewährt; die letztere begreift aber die Heilmittel nicht ein; wenigstens werden auch sonst ärztliche Behandlung und Gewährung von Heilmitteln streng voneinander geschieden. Daher sind Arzneikosten auf die Beihilfe für Schwangerschaftsbeschwerden nicht anzurechnen. Wir wollen allerdings nicht verhehlen, daß uns diese Regelung nicht zweckmäßig erscheint. Aber man wird den Vorschriften nicht eine Auslegung geben dürfen, die dem Wortlaut widerspricht.

Anspruch auf Wochengeld aus § 195a setzt nicht Anspruch auf Krankengeld voraus. — Wahl zwischen Wochenhilfe und Familienwochenhilfe.

11. Nach Wernigerode. Antwort: Eine versicherte Wöchnerin, die die Wartezeit des § 195a erfüllt hat, erhält auf jeden Fall Wochengeld, und zwar auch dann, wenn sie sonst keinen Anspruch auf Krankengeld haben würde; nach diesem richtet sich zwar der Betrag, er ist aber mindestens ein und eine halbe Mark, mag das Krankengeld auch geringer sein. Das bedeutet lediglich, daß das Wochengeld mindestens gleich dem Krankengeld sein muß, nicht aber, daß der Anspruch auf dieses Voraussetzung für den Anspruch auf jenes sei. Insoweit liegt eine Änderung gegen den früheren Rechtszustand vor. Denn § 195 RVO. setzte keinen Mindestbetrag fest; daher wurde kein Wochengeld gewährt, wenn ein Anspruch auf Krankengeld nicht bestand, weil dessen Betrag dann ja gleich Null war, und weil das Wochengeld die gleiche Höhe hatte. Im vorliegenden Falle hat aber

die Wöchnerin die Wahl, ob sie die Wochenhilfe aus § 195a oder die Familienwochenhilfe aus § 205a RVO. beanspruchen will; denn freiwillig Versicherte gelten als versicherungsfrei (vgl. ArbVers. 1920 Heft 2 S. 39 Ziff. 4a; 1919 S. 618 Ziff. 3a).

Beitreibung von Versicherungsbeiträgen gegen den Vorsteher der Vollstreckungsbehörde.

12. **Nach L.** Antwort: Da die Abmeldung des abziehenden (und die Anmeldung des neuen) Dienstmädchens erst am 12. Februar 1920 bei der Kasse eingegangen ist, muß der Arbeitgeber die Beiträge für das abziehende Mädchen über die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses hinaus bis zum 12. 2. 20 fortzahlen (§ 397 Abs. 1 RVO.; Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 615). Die Kasse kann diese Beiträge gemäß § 28 RVO. wie Gemeindeabgaben beitreiben lassen. Da aber der Arbeitgeber im vorliegenden Falle Vorsteher der zur Vollstreckung berufenen Gemeindebehörde ist, muß die Kasse sich an den Regierungspräsidenten wenden mit dem Ersuchen, entweder eine andere Vollstreckungsbehörde zu bestimmen oder selbst die Vollstreckung zu übernehmen (§ 4 Abs. 3 und 4 der preuß. Verordg. v. 15. 11. 99, Ges. S. S. 545 und Art. 10, 11 der Ausf. Anw. v. 28. 11. 99).

Anrechnung von Dienstjahren „bei anderen Kassen".

13. **Nach Ha. 4.** Antwort: Wenn die Dienstordnung vorsieht, daß bei der Berechnung des Ruhegehalts die Dienstjahre angerechnet werden, welche die Angestellten vorher „bei anderen Kassen" zurückgelegt haben, so legt diese Fassung allerdings die Auslegung nahe, daß nur Krankenkassen gemeint sind. Indessen ist bei der Auslegung solcher Bestimmungen der Zweckgedanke, von dem sich die Verfasser aller Wahrscheinlichkeit nach haben leiten lassen, zu berücksichtigen, und dieser Gedanke dürfte doch wohl der sein, daß die früher in einer anderen Stellung zurückgelegten Jahre dann anzurechnen sind, wenn sie eine Erfahrung, insbesondere im Kassenwesen, verbürgen, die auch der Krankenkasse, in deren Dienst der Angestellte übertritt, zustatten kommen dürfte, so daß die Anrechnung der Billigkeit entspricht. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint uns eine weitherzige Auslegung dahin statthaft, daß auch Dienstjahre, die der Angestellte als besoldeter Kassierer einer Gewerkschaftsorganisation zurückgelegt hat, angerechnet werden. Zwingend ist eine solche Auffassung natürlich nicht, weil es sich hierbei um die kaum sicher zu ergründende Absicht der Verfasser der Dienstordnung und des Oberversicherungsamts, das sie genehmigt hat, handelt. Wir möchten daher empfehlen, sich jedenfalls zuvor des Einverständnisses dieser Stelle zu versichern.

Versicherungsfreiheit von Soldaten, die sich auf eine bürgerliche Beschäftigung vorbereiten (§ 172 Ziff. 2 mit § 169 RVO.).

14. **Nach Halle a. S.** Frage: Die hiesige Reichsbank beschäftigt drei Offiziere zur Ausbildung für ihren bürgerlichen Beruf und bestreitet mit Bezug auf § 172 Abs. 2 RVO. die Versicherungspflicht. Die Offiziere stehen noch im Militärverhältnis, erhalten bis zu ihrer endgültigen Entlassung die militärischen Gebührnisse und für ihre jetzige Tätigkeit eine monatliche Vergütung von 165 *M*. Nach § 172 Abs. 2 sind versicherungsfrei „Personen des Soldatenstandes, die eine der im § 165 bezeichneten Tätigkeiten im Dienste oder während der Vorbereitung zu einer bürgerlichen Beschäftigung ausüben, auf die § 169 anzuwenden ist". Da nach § 169 nur noch Beamte versicherungsfrei sind, kann man die Ansicht vertreten, daß Befreiungen von der Versicherungspflicht auf Grund des § 172 Abs. 2 nicht mehr zulässig sind, aber es kann auch die Auffassung richtig sein, daß die Worte, „auf die § 169 anzuwenden ist", sich nur auf die Art der Beschäftigung beziehen, daß also Militärpersonen, sofern sie sich in Betrieben oder im Dienste des Reiches usw. auf die Beamtenlaufbahn vorbereiten, von der Versicherungspflicht befreit werden können. Was erscheint richtig?

Antwort: Die zweite Ansicht ist die allein annehmbare. Würde der Ton darauf zu legen sein, daß es sich um eine Beschäftigung handeln müsse, auf die § 169 „anzuwenden" ist, so würde das bedeuten, daß überhaupt alle im § 169 aufgestellten Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um die Versicherungsfreiheit nach § 172 Ziff. 2 zu begründen; es müßten dann folgerichtig auch Ansprüche nach § 169 gewährleistet sein. Dann würde § 172 Ziff. 2 besagen, daß Personen des Soldatenstandes versicherungsfrei sind, wenn sie nach § 165 versicherungsfrei sind! Gemeint kann danach nur sein, daß Personen des Soldatenstandes versicherungsfrei sind, wenn sie sich durch ihre Tätigkeit in einem Betriebe oder im Dienste des Reiches usw. auf eine bürgerliche Beschäftigung vorbereiten. Ob im übrigen die Voraussetzungen des § 165 gegeben sind, ob insbesondere die Beschäftigten Beamte sind oder nicht, ist gleichgültig.

Anspruch auf Invaliden-Witwenrente neben Unfall-Hinterbliebenenrente. — Wirkung der Zurücknahme des Antrags.

15. **Nach B.** Antwort: Der von Ihnen angezogene § 1522 RVO. bezieht sich auf den Fall, daß vor der Feststellung einer Unfallrente ein Anspruch auf Gewährung einer Invaliden- oder Hinterbliebenenrente erhoben wird. Dann soll der Antrag nicht deshalb abgelehnt werden können, weil Invalidität oder Tod Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls sind, sondern es soll die Invaliden- oder Hinterbliebenenrente, bis die Unfallrente gewährt wird, im vollen Betrage, nach der Feststellung der Unfallrente aber nur in dem sie etwa übersteigenden Betrage gezahlt werden. Da im vorliegenden Falle die Witwe des durch Betriebsunfall Getöteten bereits die Unfallrente bezieht, konnte sie Witwenrente unter den Voraussetzungen des § 1258 beanspruchen, jedoch nur, soweit sie nicht nach § 1311 neben der bereits festgestellten Unfallrente ruht (zu vgl. Düttmann, Kommentar Anm. 17 zu § 1311 und Anm. 5 zu § 1522 RVO.). Nachdem sie aber den bereits gestellten Antrag zurückgenommen hat, ist ihr etwaiger Anspruch wie durch rechtskräftige Abweisung erledigt (zu vgl. Hanow, Kommentar Anm. 8 zu § 1253 RVO.).

Vertragsmäßige Anrechnung von Versicherungsleistungen bei Fortbezug von Lohn während der Arbeitsunfähigkeit.

16. **Nach Duisburg-Meiderich.** Antwort: Unter der Voraussetzung des § 616 Bürg. Gesetzb. behält der erkrankte und arbeitsunfähige Arbeitnehmer seinen Lohnanspruch gegen den Arbeitgeber, muß sich aber den „Betrag" anrechnen lassen, der ihm aus der gesetzlichen Krankenversicherung zukommt. Diese Fassung legt die Auffassung nahe, daß nur ein dem Arbeitnehmer zukommender Geldbetrag, nicht aber

eine Sachleistung, wie Krankenhauspflege, angerechnet werden darf (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 599 Ziff. 6). Der vorliegende Lohntarifvertrag weicht aber von der Fassung des § 616 BGB. ab, indem er bestimmt, daß der durch Krankheit dienstunfähige Arbeitnehmer sich auf seine Lohnbezüge „die reichsgesetzlichen Leistungen" anrechnen lassen muß, also auch Sachleistungen. Wir nehmen jedoch an, daß die Bestimmung mit einer Einschränkung zu verstehen ist, nämlich auf solche Leistungen der Kasse, die eine teilweise Schadloshaltung für entgehenden Arbeitsverdienst darstellen; diese soll der Kranke nicht noch neben dem Fortbezuge des vertragsmäßigen Lohnes erhalten; dagegen können ihm außer dem Krankengelde nicht etwa auch die Kosten der ärztlichen Behandlung Heilmittel usw., welche die Kasse gewährt, vom Lohn abgezogen werden. Entsprechend können ihm, wenn die Kasse Krankenhauspflege gewährt, keinesfalls die vollen Kosten dieser Pflege und auch nicht der volle Betrag des Krankenhauspflegesatzes, der ja auch die ärztliche Behandlung nebst Heilmitteln usw. deckt, auf den Lohn angerechnet werden, sondern nicht mehr als das Krankengeld, das der Kranke außerhalb der Anstalt bezogen hätte, und außerdem gegebenenfalls auch das Hausgeld, das, wie sich aus § 186 RVO. ergibt, gleichfalls eine teilweise Schadloshaltung für entgehenden Arbeitsverdienst darstellt.

a) Verwendung von Kassenmitteln zur Belehrung der Ausschußmitglieder über ihre Aufgaben. b) Verwahrung von Geldern und Büchern durch die Sektionsverwaltung?

17. Nach Lauter. Antwort: a) Es ist grundsätzlich nichts dagegen einzuwenden, wenn die Kasse einen angemessenen Betrag — als Verwaltungskosten (§ 363 RVO.) — aufwendet, um die Mitglieder des Ausschusses durch den Vortrag eines Sachverständigen über die Reichsversicherungsordnung und die sich daraus ergebenden Aufgaben der Ausschußmitglieder aufzuklären (zu vgl. über ähnliche Fälle: Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2a zu § 363 RVO.).

b) Inwieweit Geldbestände und Kassenbücher in der Verwahrung der Sektionsverwaltung zu belassen oder der Hauptverwaltung der Krankenkasse zu übergeben sind, hat, wenn nicht die Satzung Näheres hierüber bestimmt, der Kassenvorstand kraft seiner allgemeinen Verwaltungsbefugnis zu regeln. Das ergibt sich aus § 415 mit § 342 RVO.; zu vgl. auch Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen §§ 86a ff., besonders §§ 86e, f, i.

Bekleidung des Vorstandsamtes als „Dienst bei der Kasse"?

18. Nach W. Antwort: a) Wenn die Dienstordnung bestimmt, daß „außerhalb des Dienstes bei der Kasse zurückgelegte Dienstjahre" auf das Besoldungsalter der Angestellten angerechnet werden können, so liegt es allerdings nahe, dies auf Jahre zu beziehen, in denen der Kassenangestellte früher schon, wie jetzt im Dienste der Kasse, als Angestellter auf Grund eines Dienstvertrages (§ 611 BGB.) oder eines Beamtenverhältnisses Dienste geleistet hat. Ein solches Dienstverhältnis wird nun freilich durch die Berufung in das Ehrenamt als Vorstandsmitglied der Kasse nicht begründet. Bei der Auslegung jener Bestimmung ist aber auf den wirklichen Willen, wie er aus dem Zwecke der Bestimmung herzuleiten ist, Rücksicht zu nehmen (zu vgl. § 133 BGB.), und danach dürfte der Begriff der Dienstjahre in einem weiteren Sinne zu verstehen sein. Es sollen Jahre angerechnet werden dürfen in denen der Angestellte oder Anzustellende tatsächlich, wenngleich nicht als Angestellter oder Beamter, Dienste geleistet hat, die eine auch für die Kasse wertvolle Erfahrung verbürgen. Dies aber trifft in besonderem Maße zu, wenn der Anzustellende als Vorstandsmitglied und Vorsitzender im Interesse der Kasse sich betätigt und mit ihren Verhältnissen vertraut gemacht hat. Wir halten also die Anrechnung dieser Dienstzeit für unbedenklich.

b) § 21 Abs. 4 RVO. hat nur den Sinn, daß die gleichzeitige Wahrnehmung eines Ehrenamts und einer besoldeten Beamtenstellung unzulässig ist (zu vgl. Gründe der Entsch. des RVA. 2437, ArbVers. 1918 S. 91). Dem Abschluß eines Anstellungsvertrags, wonach der Vorsitzende mit Ablauf seines Vorstandsamts als Angestellter in den Dienst der Kasse treten soll, steht gesetzlich nichts entgegen.

Zur Umsatzsteuerpflicht der Ärzte und der Apotheker — Abwälzung der Steuer auf die Kassen.

19. Nach Halberstadt und nach Mülheim a. R. Antwort: § 12 Umsatzsteuer-Ges. gibt dem Steuerpflichtigen, der „als Entgelt für eine Leistung gesetzlich bemessene Gebühren" erhält, das Recht, die Umsatzsteuer dem Leistungsberechtigten in Rechnung zu stellen. Auf diese Vorschrift können sich aber Apotheker nicht berufen. Denn die Preise für Apothekerwaren sind keine Gebühren, mögen sie auch amtlich festgesetzt sein. Gebühren sind stets nur Vergütungen für persönliche Dienste oder für die Befugnis, irgend welche Einrichtungen zu benutzen. Die Nationalversammlung, welche die Vorschrift dem Entwurf des Gesetzes eingefügt hat, war sich darüber einig, daß darunter z. B. die Honorare der Rechtsanwälte, der Ärzte und der Hebammen fallen, aber auch das stets nur, insoweit die gesetzlich bestimmten Gebühren berechnet werden. Ist dagegen die Vergütung durch besondere Vereinbarung besonders festgesetzt, wird also die gesetzliche Gebühr nicht zugrunde gelegt, so ist die Anrechnung der Umsatzsteuer überhaupt nicht zulässig. Das Gesagte gilt bedingungslos für Leistungen aus Verträgen, die nach dem Inkrafttreten des UmsStGes. — 1. 1. 20 — abgeschlossen worden sind. Für die Übergangszeit sind aber Sondervorschriften getroffen worden. Sind Verträge vor dem 1. Januar 1920 abgeschlossen worden, so ist der Abnehmer — also die Kasse — wenn die Entgelte nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zu entrichten sind, mangels abweichender Vereinbarung verpflichtet, dem Lieferer einen Zuschlag in Höhe der Steuer zu leisten, jedoch abzüglich des Betrages, der bei Weitergeltung des Umsatzsteuergesetzes vom 26. 7. 18 auf das Entgelt entfallen wäre — ausgenommen Verträge, die vor dem 1. 8. 18 abgeschlossen (§ 46 Abs. 5 UmsStGes. v. 24. 12. 19, § 42 Abs. 6 UmsStGes. v. 26. 7. 18). Nun ist ferner bei älteren Verträgen die höhere Steuer des neuen Gesetzes dann zu entrichten, wenn sowohl die Vereinnahmung des Entgeltes, wie auch die Lieferung nach dem 31. 12. 19 liegen. Somit ergibt sich für die Abwälzung der von den Apothekern zu entrichtende Umsatzsteuer auf die Krankenkassen folgender Rechtszustand: soweit die Verträge nach dem 31. Dezember 1919 abgeschlossen worden sind, ist jede Anrechnung unzulässig; sind sie vor dem 1. Januar 1920 abgeschlossen worden, so kann der Lieferer, sofern das Entgelt nach dem 31. Dezember 1919 zu entrichten ist, und auch die Lieferung nach diesem Zeitpunkt erfolgte, dem Abnehmer die neue Steuer = 1½ v. H. abzüglich der

alten = ½ v. H., also im ganzen 1 v. H. des Entgeltes in Rechnung stellen. Erfolgte die Lieferung bereits vor 1920, so ist überhaupt nur die alte Steuer zu entrichten, so daß eine Anrechnung nicht in Frage kommt. Nun bestimmt § 2 UmsStGes. v. 24. 12. 19, daß „ärztliche und ähnliche Hilfeleistungen, soweit die Entgelte für sie von den reichsgesetzlichen Krankenkassen und knappschaftlichen Krankenkassen zu zahlen sind", von der Besteuerung ausgenommen sind. Demnach brauchen die Ärzte, für die Honorare, die sie von einer Krankenkasse erhalten, gleichviel, ob die Berechnung nach einer Gebührenordnung oder auf Grund vertraglicher Vorschriften stattfindet, keine Umsatzsteuer zu entrichten, so daß eine Abwälzung auf die Kassen gar nicht in Frage kommt. Hilfeleistungen bestehen stets in einer Tätigkeit, zu ihnen gehören daher auch die Dienste der Zahntechniker, Hebammen, Masseure, nicht aber die Lieferung von Heilmitteln. Die Apotheker sind also unseres Erachtens von der Umsatzsteuer nicht befreit. Eine andere Auffassung wird freilich vom Reichsfinanzminister vertreten, wie er in einem Bescheide an die „Ortskrankenkasse" ausführt. Wir teilen diesen an anderer Stelle mit. Selbstverständlich ist es den Apothekern nicht zu verdenken, daß sie sich nach dem Standpunkt des Finanzministers richten. Hierdurch würde auch jeder Streit zwischen ihnen und den Kassen über die Abwälzung der Steuer entfallen.

Erkrankung während des Bezugs von Wochengeld.

20. Nach Kulmbach. Antwort: a) Der Versicherungsfall des Wochenbettes und der einer Krankheit sind gesondert rechtlich zu beurteilen. Hat eine Wöchnerin Wochenhilfe auf Grund des § 214 RVO. zu beanspruchen, so wird sie hierdurch nicht etwa wieder Mitglied der Kasse; daher kann auch § 311 nicht angewendet werden, der bestimmt, daß Arbeitsunfähige solange Mitglieder „bleiben", wie die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat. Hieraus folgt, daß Krankenhilfe wegen des Unfalls nur dann beansprucht werden kann, wenn er sich innerhalb drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung zugetragen hat.

b) Solange Anspruch auf Wochengeld besteht, wird Arbeitsunfähigkeit angenommen; solange ist daher auch § 311 RVO. anzuwenden, auch wenn die Wöchnerin tatsächlich wieder arbeitet (vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 311). Da nun die Wöchnerin während des Wochengeldbezuges Mitglied nach § 311 bleibt, so hat sie Anspruch auf Krankenhilfe, falls sie in dieser Zeit erkrankt. Dieser Fall ist also anders zu behandeln als der zu a, wo die Wochenhilfe aus § 214 RVO. zu gewähren ist.

Für die Krankenversicherung Erwerbsloser durch die Gemeinde ist kein Raum, wenn die Erwerbslosen kraft Gesetzes Mitglieder einer Krankenkasse sind.

21. Nach Waldkirch. Antwort: Ihre Auffassung der Rechtslage ist nicht richtig, wenn es sich, wie das Versicherungsamt annimmt, tatsächlich nicht um eine dauernde Betriebseinstellung unter Entlassung der Arbeiter, sondern nur um eine vorübergehende Einstellung des Betriebes für die Dauer von vier Wochen ohne Lösung des Beschäftigungsverhältnisses handelt. Selbst wenn in solchem Falle für die Dauer der Unterbrechung der tatsächlichen Arbeitsleistung Lohn nicht bezahlt wird, dauert doch das Lohnarbeitsverhältnis und folglich die auf diesem beruhende Pflichtmitgliedschaft der Arbeiter bei der Betriebskrankenkasse, weil nach der Arbeitsunterbrechung wieder Lohnzahlungen stattfinden, die den Arbeitern die Erfüllung der Beitragspflicht auch für die Zwischenzeit ermöglichen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 21 zu § 165 RVO. und die dort angeführten Entscheidungen). Dauert aber die Pflichtmitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse und folglich die Beitragspflicht des Arbeitgebers in der Zwischenzeit fort, so ist selbstverständlich, trotz der in dieser Zeit bestehenden Erwerbslosigkeit, kein Raum für die Versicherung der Arbeiter durch die Gemeinde nach § 12a der Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge vom 26. 1. 20 (RGBl. S. 98). Demgegenüber ist auch die Berufung der allgem. Ortskrankenkasse auf die von ihr mit der Gemeinde gemäß § 12b der Vrdg. getroffene Vereinbarung verfehlt, wonach alle von der Gemeinde zu unterstützenden Erwerbslosen bei der allgem. Ortskrankenkasse versichert werden sollen. Denn von dieser Vereinbarung können ebenso selbstverständlich nicht solche Erwerbslosen betroffen werden, die bereits kraft Gesetzes (oder kraft eigener freiwilliger Versicherung) einer anderen Krankenkasse angehören und daher der Versicherung durch die Gemeinde nicht bedürfen.

Wegen Beteiligung am Kampfe gegen die Kapp-Aufrührer darf das Krankengeld nicht verweigert werden.

22. Nach Leunawerke. Frage: Die hiesige organisierte Arbeiterschaft hat sich nach dem Kapp-Lüttwitz-Putsch bewaffnet und im regelrechten Kampf gegen die Lüttwitzianer Truppen gestanden. Anläßlich dieser Kämpfe sind mehrere Mitglieder unserer Kasse verwundet worden, die von uns Krankengeld beanspruchen. Können diese Kämpfe gemäß § 25 Abs. 2 unserer Satzung als Schlägereien oder Raufhändel angesehen und kann das Krankengeld bei Beteiligung an den Kämpfen gesperrt werden?

Antwort: An sich sind die Arbeiter nicht berechtigt, sich zu bewaffnen und gleich den ordentlichen Truppen regelrechte Kämpfe zu führen. Aber die Truppen, die sich Kapp und Genossen zur Verfügung stellten, waren Aufrührer, und ihren Versuchen, die Macht gesetzwidrig an sich zu reißen, konnte von jedermann Gewalt entgegengesetzt werden. Die bewaffneten Arbeiter verteidigten somit nur die Verfassung und ihre eigenen auf ihr beruhenden Rechte. Hiernach kann von einer schuldhaften Beteiligung an einer Schlägerei oder Raufhändeln nicht die Rede sein. Eine solche lag nur bei denen vor, die auf Seiten der Aufrührer kämpften. Das Krankengeld darf daher nicht verweigert werden.

Maß des Ersatzanspruchs der Krankenkasse wegen Aufwendungen für Versicherte, die durch Eisenbahnunfall verletzt sind.

23. Nach O. Antwort: Die Eisenbahndirektion und die von ihr in Bezug genommenen Urteile verkennen die Rechtslage. Die bei dem Eisenbahnunfall verletzten Versicherten haben gegen die Direktion einen Anspruch auf Ersatz des ihnen erwachsenen Schadens auf Grund des Haftpflichtgesetzes v. 7. 6. 71 (RGBl. S. 207). Dieser Anspruch ist nach § 1542 Abs. 1 RVO. kraft Gesetzes auf die Krankenkasse insoweit übergegangen, als sie den Versicherten nach der RVO. Leistungen zu gewähren hatte. Die Kasse hat ihrer Leistungspflicht durch Gewährung von Krankenhauspflege nach § 184 RVO. genügt. Es ist daher „auf das Maß des Ersatzes" nach

§ 1542 Abs. 2 RVO. der § 1503 „entsprechend“ anzuwenden; das heißt: es sind ⅜ des Grundlohns für die im Rahmen der Krankenhauspflege gewährten Leistungen der Krankenpflege (ärztlichen Behandlung usw.) und weitere ⅛ für den Unterhalt im Krankenhause anzusetzen. Wenn die Eisenbahndirektion meint, daß wegen der letzteren ⅛ nach § 1503 Abs. 2 Halbsatz 2 Ersatz nur aus der Unfallrente beansprucht werden könne, so ist das ein Irrtum. Diese Vorschrift betrifft nicht das „Maß“ des Ersatzes, sondern den Gegenstand des Zugriffs und ist durch § 1542 Abs. 2 nicht für anwendbar erklärt. Sie kann selbstverständlich nur angewendet werden, wenn es sich um den Anspruch der Versicherten gegen den Träger der Unfallversicherung handelt, nicht aber, wenn es sich um den Anspruch gegen einen schadenersatzpflichtigen Dritten handelt, der eine „Unfallrente“ (im Sinne der §§ 557 ff.) gar nicht zu zahlen hat. Dies würde im vorliegenden Falle auch dann gelten müssen, wenn — was aus der Anfrage nicht klar zu ersehen ist — die Eisenbahndirektion zugleich als Trägerin der Unfallversicherung (§ 624 RVO.) in Betracht käme, und als solche nach §§ 1501 ff. RVO. in Anspruch genommen werden könnte. Denn das würde ihrer Inanspruchnahme auf Grund des § 1542 RVO. nicht entgegenstehen.

Ärztliche Gebührenberechnung. Fuhrkosten für Besuche innerhalb des Wohnortes des Arztes.

24. Nach S. Antwort: a) Indem der Arzt, den die auswärts erkrankte Versicherte in Anspruch genommen hatte, seine Rechnung der Krankenkasse übersandte, hat er selbst bekannt, daß ihm bewußt war, daß die Bezahlung aus den Mitteln der Kasse zu leisten ist. Er durfte daher beim Mangel einer Abmachung über die Höhe seiner Vergütung, nur die niedrigsten Sätze der Taxe in Rechnung stellen (§ 2 der Preuß. Geb. Ordg.) und war, nachdem die Kasse nur die Höhe seiner Rechnung beanstandet hatte, nicht befugt, lediglich aus diesem Grunde nunmehr höhere als die in Rechnung gestellten Sätze zu beanspruchen (zu vgl. die Entsch. in ArbVers. 1916 S. 617).

b) Da weder ein Fall der Ziff. 17 (mit Ziff. 10 bis 15) noch ein Fall der Ziff. 18 der Taxe vorliegt, kann der Arzt für den Besuch der Kranken innerhalb seines Wohnortes, trotz der Entfernung von drei Kilometern, gemäß der Regel in Ziff. 16 eine besondere Entschädigung für Fuhrkosten und Zeitversäumnis nicht in Rechnung stellen, doch können diese Umstände „bei Bemessung der Forderung für den Besuch innerhalb der zu Nr. 1 und 2 ausgeworfenen Sätze in Betracht gezogen werden“. Das heißt: es können aus diesem Grunde im Hinblick auf die besonderen Schwierigkeiten und das Maß des Zeitaufwandes die Mindestsätze der Taxe überschritten werden bis zur Höchstgrenze, je nach den besonderen Umständen des Falles und den örtlichen Verhältnissen (zu vgl. §§ 2, 3 der GebOrdg.).

Vereinbarungen zur Durchführung der §§ 219 bis 222 RVO.

25. Nach Eckernförde. Antwort: Nach §§ 222 RVO. hat in Fällen der §§ 219 bis 221 RVO. die Krankenkasse des Versicherten der anderen Kasse die Kosten (der geleisteten Aushilfe) zu erstatten; dabei gelten ⅜ des Grundlohnes als Ersatz der Kosten für die Krankenpflege. Das bedeutet, daß dieser Pauschsatz ohne Rücksicht auf die Höhe der wirklich entstandenen Kosten, mögen sie höher oder geringer sein, zu zahlen ist. Wenn nun, abweichend hiervon, Kassen die Vereinbarung getroffen haben, daß „die nachgewiesenen Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei sowie kleinere Heilmittel bis zur Höhe von ⅜ des Grundlohns“ zu ersetzen sind, so bedeutet das, daß in keinem Falle mehr als diese ⅜ zu erstatten ist, wohl aber weniger, wenn die Kosten für jene Leistungen nachweislich den Betrag von ⅜ des Grundlohns nicht erreichen. Es ist sicher, daß durch eine solche Vereinbarung nicht „jede Benachteiligung“ der aushelfenden Kasse ausgeschlossen wird. Das kann aber durch keine Vereinbarung erreicht werden. Abkommen dieser Art zielen eben darauf ab, der durchschnittlichen Lage der Fälle möglichst gerecht zu werden, und sie beruhen auf dem Gedanken, daß eine Krankenkasse, die als aushelfende Kasse in einzelnen Fällen bei der Erstattung ihrer Auslagen zu kurz kommen mag, in anderen Fällen, wo ihr selbst Aushilfe geleistet worden ist, in entsprechender Weise begünstigt sein wird, so daß sich im ganzen ein billiger Ausgleich ergeben wird. Kassen, die sich hiermit nicht glauben abfinden zu können, müssen sich eben an solchen Vereinbarungen nicht beteiligen.

Neuer Versicherungsfall bei fortdauernder Krankheitsursache.

26. Nach Marktheidenfeld. Frage: Ein Versicherter ist mit einem Nervenleiden (Kriegsfolge) behaftet. Er arbeitet regelmäßig in seinem Beruf als Holzbildhauer und ist als solcher pflichtversichert. In unregelmäßigen Zwischenräumen, etwa alle zwei bis vier Monate treten infolge des fortbestehenden Leidens Lähmungserscheinungen auf, die den Mann arbeitsunfähig machen. Er fährt dann nach Würzburg zu einem Nervenarzt, läßt sich eine Injektion auf den Gehirnnerv machen und ist damit wieder für begrenzte Zeit arbeitsfähig. Dies hat sich im Jahre 1919 fünfmal ereignet. Die Arztkosten sind unbedeutend, dagegen fallen jetzt die Reisekosten ins Gewicht, die bei jeder Fahrt nach Würzburg nun etwa 30 M ausmachen werden. Da der Zustand voraussichtlich dauernd und noch jahrelang fortbesteht, müssen wir uns über die Frage der Aussteuerung schlüssig werden und bitten um Ihre Ansicht, ob hier nicht ein einheitlicher Unterstützungsfall vorliegt, für den nach Ablauf von 26 Wochen nach der ersten Kasseninanspruchnahme unsere Leistungspflicht beendet ist.

Antwort: Wir verneinen die Frage. Nur das Nervenleiden als Krankheitsursache dauert allerdings ununterbrochen fort. Wenn aber der Leidende in Zeiträumen von zwei bis vier Monaten weder arbeitsunfähig ist noch einer Heilbehandlung bedarf, ist er eben nicht krank im Sinne des Gesetzes, und erst der Eintritt des Bedürfnisses jener Einspritzung bezeichnet jedesmal einen neuen Versicherungsfall, eine neue Erkrankung, die nur „durch dieselbe, nicht gehobene Krankheitsursache veranlaßt“ ist. Es entsteht daher jedesmal ein neuer Anspruch aus § 182 RVO., gegebenenfalls mit der Beschränkung nach § 188.

Versicherungsfreiheit von Krankenschwestern nach § 172 Ziff. 4 RVO.

27. Nach Halle a. S. Frage: Die Schwestern des Stadtkrankenhauses empfangen für ihre Tätigkeit freie Station; neben dieser zahlt die Krankenhausverwaltung an das Mutterhaus der Schwesternorganisation 70 M für jede Schwester, dem Vernehmen nach zur Beschaffung der Bekleidung usw.

Sind, wenn dies richtig ist, die Schwestern nach § 172 Ziff. 4 krankenversicherungsfrei?

Antwort: Die Frage ist unbedenklich zu bejahen. Der Geldbetrag ist, zumal bei Berücksichtigung der gegenwärtigen Verhältnisse, als ein geringer anzusehen. Er hat daher keine selbständige Bedeutung, sondern nimmt das Wesen der Hauptleistung an, nämlich der Gewährung freien Unterhalts (zu vgl. Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12, Amtl. Nachr. S. 720 ff., Ziff. 20 b). Es kommt hinzu, daß die Schwestern auch diesen Geldbetrag nicht selbst empfangen, sondern daß er zur Beschaffung von Kleidern an das Mutterhaus abgeführt wird. Die Schwestern beziehen also „als Entgelt nicht mehr als den freien Unterhalt", zu dem doch die Beschaffung der notwendigen Kleidung mit gehört. Sie sind daher versicherungsfrei nach § 172 Ziff. 4 RVO.

Gehalt und Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit.

28. Nach Chemnitz. Antwort: Nach § 616 BGB. behält der Dienstverpflichtete den Anspruch auf die Vergütung, wenn er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird. Ob die Verhinderung nur eine „verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit" andauert, ist nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles zu beurteilen. Zu berücksichtigen sind hierbei die Kündigungsfrist, ferner die Zeit, die der Arbeitnehmer bereits auf der Stelle ist, sowie diejenige, die er bereits in der Arbeit versäumt hat. Der Dienstverpflichtete muß sich aber auf den Lohn das Krankengeld oder die Unfallentschädigung anrechnen lassen, die er auf Grund gesetzlicher Versicherungspflicht erhält; bei freiwilliger Versicherung werden also die Beträge nicht angerechnet. Nach § 133 Gew.-Ordg. behalten Angestellte höherer Art — Betriebsbeamte, Werkmeister, Techniker, Chemiker, Zeichner usw. — den Gehaltsanspruch für sechs Wochen, wenn sie durch Krankheit oder Abwesenheit ohne Verschulden an der Verrichtung der Dienste verhindert sind, müssen sich aber gleichfalls die Beträge aus einer auf gesetzlicher Verpflichtung beruhenden Krankenversicherung oder Unfallversicherung anrechnen lassen. Endlich sind für Handlungsgehilfen in § 63 HandGesB. Sondervorschriften getroffen des Inhalts, daß jene Gehaltsanspruch für sechs Wochen behalten, wenn sie durch unverschuldetes Unglück an der Leistung ihrer Dienste verhindert sind, und daß ihnen die Versicherungsbeträge nicht angerechnet werden dürfen. Abweichend von den vorstehenden Bestimmungen können durch Tarifverträge oder auch Anstellungsverträge besondere Abreden getroffen werden, nur dürfen den Handlungsgehilfen die Versicherungsbeträge nicht abgezogen werden.

Zur Erstattung der Kosten der vom Armenverband gewährten Krankenhauspflege.

29. Nach Biebrich a. Rh. Frage: Ein Dienstmädchen, Mitglied unserer Kasse, wurde vom 1. bis 19. April 1919 auf Rechnung der Armenverwaltung im hiesigen Krankenhaus verpflegt, wodurch 72 M Kosten entstanden sind. Gemäß § 1532 RVO. haben wir der Armenverwaltung Ersatz geleistet in Höhe von 39,90 M. Den Rest von 32,10 M forderte die Armenverwaltung von dem Dienstmädchen an, das den Betrag auch bezahlte. Auf Verlangen des Dienstmädchens erstattete diesem der Dienstherr den Betrag. Jetzt verlangt der Dienstherr die 32,10 M auf Grund des § 437 RVO. von unserer Kasse zurück. Er begründet seinen Anspruch damit, daß das Dienstmädchen bei seiner Erkrankung nach der Art der Krankheit nicht in seiner häuslichen Gemeinschaft verpflegt werden konnte und wir daher gesetzlich verpflichtet waren, Krankenhauspflege im vollen Umfange zu gewähren. Müssen wir dem Dienstherrn jetzt nach elf Monaten den von ihm bezahlten Betrag zurückerstatten?

Antwort: Die Kasse ist nicht verpflichtet, dem Dienstherrn den Betrag zu erstatten. Die Krankenhauspflege ist vom Armenverband gewährt worden, und dessen Ersatzanspruch bemißt sich nach § 1533 RVO. Die Kasse braucht daher die tatsächlich entstandenen Kosten selbst dann nicht zu erstatten, wenn sie an sich zur Gewährung von Krankenhauspflege gemäß § 437 RVO. verpflichtet gewesen sein sollte (vgl. Lehmann, 5. u. 6. Buch der RVO., Anm. 15 Abs. 2 zu § 1533). Soweit der Armenverband Ersatz nicht verlangen konnte, konnte ein solcher Anspruch auch nicht auf das Dienstmädchen und nicht auf den Dienstherrn übergehen. Einen selbständigen Anspruch hatte dieser aber gegenüber der Kasse nicht. Geschäftsführung ohne Auftrag kam nicht in Frage. Auch eine ungerechtfertigte Bereicherung der Kasse auf Kosten des Dienstherrn liegt nicht vor. Denn das wäre nur der Fall, wenn die Kasse ohne Zahlung des Dienstherrn jene Aufwendung hätte machen müssen. Ein selbständiger Anspruch des Dienstherrn könnte zudem nur gegeben sein, wenn dieser selbst die Krankenhauspflege veranlaßt hätte, deren Gewährung die Kasse trotz einer Verpflichtung verweigert hätte.

Krankenhilfe über die satzungsmäßige Dauer hinaus darf die Kasse nicht gewähren.

30. Nach Annen. Frage: Wir haben ein versicherungspflichtiges Kassenmitglied, bei welchem vor mehreren Jahren eine Penisamputation vorgenommen werden mußte. Seit dieser Zeit ist das Mitglied andauernd in ärztlicher Behandlung, jedoch erwerbsfähig. Der Arzt verordnet wöchentlich 500 Gramm Watte und alle zwei Wochen eine Schachtel Pillen. Bisher haben wir mit Rücksicht auf das eigenartige Leiden diese Kosten bezahlt, die sich bei den hohen Preisen für Verbandstoffe jetzt auf monatlich etwa 100 M belaufen. Sind wir berechtigt, diese Kosten aus der Krankenkasse zu decken, und sind wir anderseits auch berechtigt, die Krankenhilfe und damit auch die entstehenden Kosten zu verweigern?

Antwort: Wir meinen, daß die Kasse — so bedauerlich es in diesem besonderen Falle sein mag — die Leistungen nach Ablauf der im § 183 RVO. bestimmten oder satzungsmäßig nach § 187 erweiterten Dauer der Krankenhilfe nicht nur einstellen darf, sondern einstellen muß (§ 363 RVO.). Denn es handelt sich um einen einheitlichen Versicherungsfall, der eine fortdauernde Krankenhilfe bedingt. Wollte man eine Abweichung von dem klaren Gebot „mit Rücksicht auf das eigenartige Leiden" zulassen, so würde sie mit gleichem Rechte namentlich von allen chronisch Kranken in entsprechender Weise beansprucht werden können, was auf eine völlige Vereitelung der vom Gesetz gewollten zeitlichen Begrenzung der Kassenleistungen hinausliefe.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1280 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | **11. Mai 1920** | **Heft 14**

Selbständige Versicherungsämter.

Von Regierungsrat Dr. Conrad in Frankfurt a. O.

Auf dem Gebiet der preußischen Steuerverwaltung ist ein langer Kampf um die selbständigen Veranlagungskommissionen geführt worden, die jetzt auf dem Marsche sind. Mängel in der Durchführung der Versicherungsgesetzgebung auf dem Lande lassen auch selbständige Versicherungsämter als das wünschenswerteste erscheinen. Während die städtischen Versicherungsämter unter der Leitung von Stadträten, Magistratsassessoren usw. gut arbeiten, läßt die Tätigkeit in den ländlichen Kreisen oft zu wünschen übrig. Das ist auch nicht verwunderlich; der Landrat ist mit Amtsgeschäften auch in kleineren Kreisen seit Kriegsausbruch derartig überhäuft, daß er sich der Versicherungssachen nicht annehmen kann. Wenn es hoch kommt, kann er den Vorsitz in einzelnen Sitzungen wahrnehmen, sich die allerwichtigsten Eingänge, wie Streitigkeiten zwischen Ärzten und Krankenkassen u. a., zur Entscheidung und Bearbeitung vorbehalten, im übrigen ist er aber weder zu einer laufenden Kontrolle der Geschäftsführung noch zu einem Studium der sich überstürzenden Versicherungsgesetzgebung, noch auch ernstlich zu einer Stellungnahme in den häufigen schwierigen Rechtsfragen in der Lage. Sein Stellvertreter ist meist der Kreissekretär. Daß auch dieser bei seiner unendlich vielseitigen Tätigkeit, bei dem von morgens bis abends währenden Verkehr mit dem Publikum, nicht den Versicherungsangelegenheiten die nötige Aufmerksamkeit widmen kann und diesen Aufgaben ebenso gehindert durch anderweite Arbeit gegenübersteht wie der Landrat, liegt auf der Hand. Die Seele des Versicherungsamts, die Persönlichkeit, die den Verkehr mit dem Publikum, den Schriftwechsel erledigen, die Entscheidungen vorbereiten und abfassen muß, ist der Versicherungssekretär. Unter diesen gibt es unzweifelhaft tüchtige, strebsame Beamte, die auch über ein so ungewöhnliches Maß juristischer Begabung verfügen, daß sie sich aus Kommentaren, Entscheidungen usw. selbständig die erforderlichen Rechtskenntnisse aneignen. Aber das ist doch von dem großen Durchschnitt der Beamten nicht zu verlangen. Ist nun zu hoffen, daß diese Verhältnisse sich von selbst ändern und bessern werden? Nein. Die Überlastung von Landrat und Kreissekretär wird bleiben, auch wenn die schlimmsten Folgen der Kriegswirtschaft überwunden sein werden. Ebenso wird auch die Versicherungsgesetzgebung nicht einfacher, sondern verwickelter werden. Der Personenkreis der Versicherten hat ebenfalls die Neigung zu wachsen, so daß die wirtschaftliche Bedeutung der Versicherung im Zunehmen begriffen ist.

Wie kann eine Abänderung getroffen werden? Wo es irgend möglich ist, sind besondere Versicherungsämter als staatliche Behörden, losgelöst vom Landratsamt, anzustreben, unter Leitung eines juristisch vorgebildeten Beamten. Wo dies nicht angängig

ist, werden die Kreissyndizi mit der dauernden Stellvertretung des Landrats im Vorsitz des Versicherungsamts zu betrauen sein oder es läßt sich eine Verbindung mit dem Kreiswohlfahrtsamt herstellen. In dem Heft der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, in dem Dr. Richter sich über das Kreiswohlfahrtsamt ausspricht, kommt er zu folgendem Schema eines Kreiswohlfahrtsamtes: Landrat als Vorsitzender, darunter drei Abteilungen unter je einem Geschäftsführer (1 Arzt, 1 Jurist oder Volkswirt, 1 Pädagoge), von denen uns hier nur der zu zweit Genannte interessiert. Er hat die Abteilung für wirtschaftliche Fürsorge unter sich, die nach Richter umfaßt: Landarbeiterfrage, Arbeitsvermittlung, Rechtsberatung, Wohnungsfürsorge, Bau- und Kleinsiedlungswesen, Besserung der Erwerbsverhältnisse, insbesondere durch Schaffung von Nebenerwerb, Erleichterung der Kreditbeschaffung, Kriegsverletztenfürsorge. Hier würde sich die Tätigkeit des Versicherungsamts fraglos angliedern lassen, nur daß der auf diese entfallende Unkostenanteil auf den Staat zu übernehmen wäre. Damit wäre ein juristisch oder volkswirtschaftlich vorgebildeter Beamter ständiger Stellvertreter des Landrats im Vorsitz des Versicherungsamts. Der die Eingänge bearbeitende Sekretär müßte eine besondere fachliche Ausbildung in Versicherungssachen erhalten, etwa durch theoretische und praktische, bei dem Oberversicherungsamt abzuhaltende Kurse.

Eine reibungslose, sachlich einwandfreie Handhabung des Versicherungsrechts in der untersten Instanz trägt viel zur Beruhigung des Publikums bei und erspart dem Staat letzten Endes viel Kosten, die sonst durch die nachprüfende, verbessernde, anweisende Arbeit der höheren Instanzen verursacht werden.

Stellung der Landesversicherungsanstalten zum Gesetzentwurf, betreffend Änderungen der Reichsversicherungsordnung.

Bericht vom Geheimen Ober-Regierungsrat Düttmann in Oldenburg.

Am 22. und 23. April fand in Hannover der 1. Verbandstag des im August 1919 errichteten Verbandes deutscher Landesversicherungsanstalten statt. Auch die Mehrzahl der Sonderanstalten und das Reichsversicherungsamt waren vertreten, und es nahmen neben den beamteten auch gewählte Vorstandsmitglieder der Versicherungsanstalten aus Arbeitgeber- und Versichertenkreisen in großer Zahl teil. Den Anlaß zur Einberufung des Verbandstages hatte der Entwurf eines Gesetzes über Änderung des 1. und 4. Buches der Reichsversicherungsordnung geboten, der mit Rücksicht auf den nahe bevorstehenden Schluß der Tagung bereits den Mitgliedern der Nationalversammlung mitgeteilt und von ihnen beraten war, bevor er die Zustimmung des Reichsrats gefunden hatte. Der Ständige Ausschuß des Verbandes hatte bereits am 15. April in einer einstimmig angenommenen Erklärung zum Entwurf in einer ablehnenden Weise Stellung genommen, indem er grundlegende Änderungen forderte, die bei der Kürze der Zeit nicht mehr Berücksichtigung werden finden können. Er empfahl deshalb der Nationalversammlung gleichzeitig, in einer Entschließung dem kommenden Reichstag die alsbaldige Verabschiedung eines Notgesetzes als dringend geboten zu bezeichnen und durch eine Meinungsäußerung dazu beizutragen, daß den Versicherten aus der Verzögerung kein Schaden erwachse.

Diesem Standpunkt trat der Verbandstag in allen Teilen einstimmig bei. In der Verhandlung spielte nur die Frage eine Rolle, wie das angestrebte Ziel am sichersten und schnellsten zu erreichen sei. Die einstimmig angenommene Erklärung hat folgenden Wortlaut:

> Der Entwurf eines Gesetzes über Änderung des I. und IV. Buches der Reichsversicherungsordnung ist unannehmbar insbesondere aus folgenden Gründen:
>
> 1. Das Ausscheiden der Angestellten aus der Versicherungspflicht (§ 1226) ist unsozial und belastet in ungerechter Weise die in der Versicherung verbleibenden Arbeiter. Die Eingliederung der Angestelltenversicherung in die allgemeine Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist für den nächstmöglichen Zeitpunkt in die Wege zu leiten.
>
> 2. Gegen die Belastung des Gemeinvermögens mit der gesamten Rentenlast (§ 1396) und die damit zusammenhängende Ausscheidung von 80 vom Hundert der Beiträge als Gemeinvermögen sprechen die schwersten Bedenken. Insbesondere würde eine wirksame Betätigung der Versicherungsträger auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege, namentlich auf dem des Heilverfah-

rens, unmöglich werden. Die Einziehung des vorhandenen Vermögens als Gemeinvermögen (Artikel VI) und die Beseitigung der Haftung der Länder oder Gemeindeverbände durch Streichung des § 1402 der Reichsversicherungsordnung widerspricht den Grundsätzen einer gesunden Wirtschaftsführung.

3. Die gegenwärtigen wirtschaftlichen Verhältnisse erfordern den Aufbau weiterer Lohnklassen einheitlich mit den Lohnstufen der Krankenversicherung. Die Rentenbezüge (§§ 1285, 1288, 1289, 1291) sind zu niedrig und würden die berechtigten Erwartungen der Versicherten enttäuschen. Die Beitragssätze des § 1392 decken nicht die Belastung. Sie überlasten in den unteren Lohnklassen die wirtschaftlich schwachen Versicherten.

Demnach muß erwartet werden, daß ohne Verzug ein neuer Entwurf aufgestellt wird, der sämtlichen vorstehenden Bedenken in vollem Umfange Rechnung trägt.

Für den Fall, daß es zur Verabschiedung des Gesetzes in der gegenwärtigen Tagung nicht kommen sollte, richtete der Verbandstag an die Nationalversammlung die Bitte, folgende Entschließung zu fassen:

Es ist eine der dringendsten Aufgaben des Reichstags, ohne Verzug bei der Wiederherstellung einer gesunden Vermögenslage der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung mitzuwirken. Die Nationalversammlung ersucht deshalb die Reichsregierung, einen in enger Fühlungnahme mit den Versicherungsträgern aufgestellten Entwurf dem Reichstag alsbald nach seinem Zusammentritt vorzulegen. In der sicheren Erwartung, daß es gelingen wird, ein auf die notwendigsten Bestimmungen sich beschränkendes Notgesetz so zeitig zu verabschieden, daß es spätestens zum 1. Januar 1921 in Kraft treten kann, erachtet die Nationalversammlung es für zulässig und im Interesse der allgemeinen Volksgesundheit und Volkswohlfahrt für geboten, daß die Versicherungsträger aus ihrer gegenwärtigen ungünstigen Vermögenslage keinen Anlaß nehmen, ihre Tätigkeit auf dem Gebiete des Heilverfahrens und der übrigen freiwilligen Leistungen einzuschränken, sondern entsprechend den gegenwärtigen gesundheitlichen Verhältnissen weiter auszubauen.

Zur Aufrechterhaltung der Zahlungsfähigkeit der Versicherungsträger müssen die Beiträge in den jetzigen Lohnklassen im Verordnungswege sofort wenigstens verdreifacht werden.

In der Eingabe, mit der der Nationalversammlung diese Beschlüsse vorgelegt sind, wird zunächst folgendes bemerkt: „So dringend die Einnahmen der Träger der Invalidenversicherung einer Erhöhung bedürfen, damit den durch die Zeitverhältnisse außerordentlich gesteigerten und immer noch weiter sich steigernden Anforderungen an die Versicherungsträger entsprochen werden kann, so wenig glauben doch die sämtlichen Teilnehmer an der heutigen Tagung die im Gesetzentwurf gebotene Beitragserhöhung für annehmbar halten zu dürfen, wenn auch nur eines der in der Erklärung hervorgehobenen Bedenken bestehen bleiben sollte. Dazu muß bemerkt werden, daß durch den in Aussicht genommenen Aufbau einer Lohnklasse J mit höheren Beiträgen und Rentenleistungen nicht die in Ziffer 3 der Erklärung ausgesprochenen Bedenken beseitigt werden." — Sodann wird in der Eingabe ausgeführt:

„Zu Ziffer 1: Die Versammlungsteilnehmer, unter denen sich eine beachtenswerte Zahl von Versicherten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte befand, waren sich darüber einig, daß die Eingliederung der Angestelltenversicherung in die allgemeine Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ohne jeden Verzug in die Wege geleitet werden müsse und nicht etwa bis zur großen Reform der gesamten Sozialversicherung hinausgeschoben werden dürfe. Die in der letzten Zeit in immer bestimmterer Form auftretenden Gerüchte über völlig unhaltbare Verhältnisse bei der Reichsversicherungsanstalt, die einem baldigen Zusammenbruch zuzutreiben drohen, zwingen zur Aufstellung dieser Forderung. Die persönlichen Verwaltungskosten sollen nach dem Inkrafttreten der Besoldungsordnung jährlich 60 Millionen Mark, das sind ein Drittel der gegenwärtigen Beitragseinnahme, erfordern. Dabei ist nicht nur die Organisation erst zum Teil ausgebaut — es fehlen insbesondere noch die im Gesetz vorgesehenen Rentenausschüsse in allen Teilen des Reiches —, sondern mit der praktisch wichtigsten Aufgabe, der Gewährung der Renten, ist kaum ein Anfang gemacht. Obwohl die Zahl der Beamten der der Landesversicherungsanstalten, die für eine zehnfach größere Zahl von Versicherten und mehr als zwei Millionen Rentenempfänger zu sorgen haben, nahezu gleichkommt, sollen die Arbeiten sich in heilloser Verwirrung befinden. Tatsache ist jedenfalls, daß die Reichsversicherungsanstalt sich mit der Aufstellung der nach gesetzlicher Vorschrift für Ende 1919 aufzumachenden ersten versicherungstechnischen Bilanz hat befristen lassen müssen, daß die Versicherten vielfach die ihnen auf Antrag zu erteilenden Bescheinigungen über die für sie gezahlten Beiträge nicht erhalten, und daß von der Anstalt bei Versicherten über die geleisteten Beiträge angefragt wird, während sie diese aus ihren Buchungen müßte feststellen können. Tatsache ist ferner, daß doppeltversicherte Angestellte in vielen Fällen das von der Landesversicherungsanstalt in einfacheren Formen gebotene Heilverfahren vorziehen, weil der bei der Reichsversicherungsanstalt gestellte Antrag zu wenig Aussicht auf die rechtzeitige Einleitung eines Heilverfahrens bietet.

Ganz abgesehen von der hieraus sich ergebenden Belastung der Landesversicherungsanstalten, denen weit geringere Beiträge von den Doppeltversicherten zuflossen als der Reichsversicherungsanstalt, ergibt sich aus der Einführung der Rentenzulagen und der jetzt bevorstehenden dauernden Erhöhung der Renten eine sehr erhebliche Mehrbelastung der Träger der Invalidenversicherung, deren Höhe von versiche-

rungstechnischer Seite — freilich zum Teil auf Grund von Schätzungen — auf 624,75 Millionen Mark berechnet ist. Diese Summe ergibt sich daraus, daß Angestellte und ihre Hinterbliebenen jetzt die weit über den Wert der zur Invalidenversicherung gezahlten Beiträge hinausgehenden Renten beziehen oder die Anwartschaft auf solche Renten erworben haben, aber im Falle des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht bei freiwilliger Fortsetzung der Versicherung mit den Mindestbeiträgen nicht zur Tilgung des aus jener Rentenerhöhung entstandenen Fehlbetrags beitragen, sondern diese den in der Versicherung zurückbleibenden Arbeitern überlassen.

Ein außerordentlich dringendes Interesse an einer ungesäumten Regelung haben die Versicherungsanstalten aber auch deshalb, weil ihnen die Erbschaft zufallen muß, die um so schwerer belastet sein wird, je länger mit der Beseitigung der besonderen Angestelltenversicherung gewartet wird. Das gilt auch dann, wenn, wie als selbstverständlich angenommen wird, die Angestellten sich eine Beschränkung der ihnen gegen die Reichsversicherungsanstalt zustehenden Ansprüche entsprechend dem nach Deckung der anderweiten Verbindlichkeiten dieser Anstalt verbleibenden Vermögensrest werden gefallen lassen müssen.

Zu Ziffer 2: Mit der Zuteilung der gesamten Rentenlast an das Gemeinvermögen würde der erste Schritt getan werden zu einer völligen Zentralisierung der gesamten Invalidenversicherung in einer Reichsanstalt mit abhängigen Verwaltungsstellen an Stelle der jetzigen selbständigen Versicherungsträger. Die Entwicklung würde nicht nur tatsächlich eine weitgehende Beschränkung der Selbstverwaltung bedeuten, sondern auch für die Weiterentwicklung von großem Nachteil sein. Gerade der Umstand, daß nicht nach einer von einer Zentralstelle aufgestellten Schablone gearbeitet wurde, sondern die einzelnen Versicherungsträger nach den in ihren Bezirken gegebenen Verhältnissen, der eine auf diesem, der andere auf jenem Gebiet, zunächst versuchsweise vorgingen, die gemachten Erfahrungen ausgetauscht und danach die besten Lösungen gefunden wurden, sind bisher auf den Gebieten des Heilverfahrens und der übrigen Wohlfahrtspflege, auf denen die Gesetzgebung nicht voranging, sondern der Übung bei den Versicherungsträgern folgte, die günstigen Erfolge gezeitigt worden und werden weitere Erfolge gezeitigt werden, wenn nur erst der jetzige lähmende Einfluß des Mangels an verfügbaren Mitteln überwunden ist. Diese Voraussetzung wird aber nie eintreten, wenn die Anstalten ihr Sondervermögen an das Gemeinvermögen abtreten sollen und mit den Aufwendungen für Verwaltungszwecke und freiwillige Leistungen auf 20 vom Hundert der Beitragseinnahme angewiesen sind. Einigen Versicherungsträgern würden dann voraussichtlich bereits sofort oder doch nach wenigen Jahren die Mittel zu einer großzügigen, im Interesse der versicherungspflichtigen Bevölkerung unter den gegenwärtigen ungünstigen Gesundheitsverhältnissen doppelt gebotenen Wohlfahrtspflege fehlen. Andere würden zwar etwas länger mit den beschränkten Mitteln auskommen können, aber kaum dem Bestreben mit Erfolg entgegentreten können, die einstweilen verfügbar bleibenden Restbeträge nicht für eine zweckentsprechende Verwendung aufzusparen, sondern vorzeitig vielleicht minder zweckmäßig zu verwenden, weil die Gefahr droht, daß die gemachten Ersparnisse zum Gemeinvermögen eingezogen werden und damit dem Anstaltsbezirk verlorengehen. Der Artikel IV, dessen unklare Fassung darauf schließen läßt, daß man sich der praktischen Schwierigkeiten seiner Durchführung gar nicht bewußt geworden ist, widerspricht der Verwahrung, die bei der Beratung des Invalidenversicherungsgesetzes von 1899 seitens des Reichstags dagegen eingelegt ist, daß die zum Teil durch eine besonders sparsame Geschäftsführung bei den einzelnen Anstalten angesammelten Vermögen in Zukunft zum Gemeinvermögen eingezogen werden könnten. Er müßte notwendig das Bestreben im Gefolge haben, auf jede mögliche Weise den Versicherten im Anstaltsbezirk Vorteile zukommen zu lassen, nur damit verfügbare Mittel nicht an das Gemeinvermögen abgegeben zu werden brauchen.

Zu Ziffer 3: An Stelle ausführlicher Auseinandersetzungen bitten wir, auf den anliegenden, vom Ständigen Ausschuß des Verbandes aufgestellten Gesetzentwurf nebst vergleichender Rentenübersicht und die ihm zugrunde liegende versicherungstechnische Denkschrift Bezug nehmen zu dürfen.

Zu dieser ist zu bemerken, daß sie von den beiden Versicherungsmathematikern bei Versicherungsanstalten nachgeprüft und in allen Teilen gebilligt ist. Daraus ergibt sich insbesondere eine Beanstandung des versicherungstechnischen Teiles der Begründung der Regierungsvorlage in den auf Seite 40 besprochenen Zweifelsfragen. Wie jedem Beobachter der Bevölkerungsbewegung zur Genüge bekannt ist, ist seit dem Jahre 1901 ein so katastrophaler Geburtenrückgang eingetreten, daß bei gleichmäßiger Fortsetzung dieser Entwicklung von 1924 an ein Bevölkerungsstillstand, wenn nicht ein Rückgang, zu erwarten gewesen sein würde. Hiernach darf ein wachsender Neuzugang von Versicherten für die Zukunft nicht angenommen werden. Auf der anderen Seite ist es unzulässig, so große Gewinne aus dem Erlöschen von Anwartschaften der Beitragsfestsetzung zugrunde zu legen, wie nach den bisherigen Beobachtungen vielleicht berechtigt sein würde. Denn nicht nur jede Milderung der Bestimmungen über das Erlöschen der Anwartschaft, sondern auch der in der wesentlichen Erhöhung der Renten liegende größere Anreiz zur freiwilligen Fortsetzung der Ver-

sicherung werden von größtem Einfluß auf die künftige Entwicklung sein. Danach sind wir überzeugt, daß die im Regierungsentwurf vorgesehenen Sätze ganz erheblich zu niedrig sind und einer Erhöhung um 40 bis 50 v. H. bedürfen, um die in Aussicht genommene Belastung zu decken."

Zur Ergänzung dieser Ausführungen sei bemerkt, daß die frühere Annahme einer dauernden Zunahme um jährlich 2 v. H. bei den männlichen und 1,4 v. H. bei den weiblichen Versicherten grundsätzlich falsch war, weil jeder Bevölkerungszuwachs einmal aufhören muß, daß gegenwärtig aber jede Annahme eines Zuwachses außerordentlich unsicher ist und deshalb nicht zur Grundlage der Beitragsberechnung gemacht werden darf. Wie groß der Einfluß des Neuzugangs und des Verfalls von Versicherungen auf die Beitragshöhe ist, läßt eine in der Begründung des Gesetzentwurfs gegebene Nachweisung erkennen, zufolge welcher der Wochenbeitrag für die Rentenleistungen sich stellt in der

	untersten,	obersten Lohnkl.
für den jetzigen Bestand an Versicherten allein	auf 186 Pf.,	auf 826 Pf.
bei Berücksichtig. d. Neuzugangs u. d. Verfalls	auf 79 Pf.,	auf 288 Pf.

Es handelt sich hier also um sehr erhebliche Unterschiede, die um so schwerer ins Gewicht fallen, als auch der Zuschlag zur Bestreitung der Aufwendungen für Verwaltung, Heilverfahren und andere Fürsorgezwecke so niedrig bemessen ist, daß einige Anstalten von vornherein nicht damit werden auskommen können, andere nur eine kurze Reihe von Jahren.

Zur Begründung der Bitte an die Nationalversammlung, daß sie die zur Annahme empfohlene Entschließung fassen möge, wird in der Eingabe ausgeführt, daß die Versicherungsträger keine Bedenken tragen würden, trotz der gegenwärtig dafür fehlenden Mittel, das Heilverfahren in einem den Interessen der versicherungspflichtigen Bevölkerung entsprechenden Umfange auszudehnen, wenn Nationalversammlung und Reichsregierung die in der Entschließung zum Ausdruck gebrachte Auffassung sich aneignen würden. Durch eine angemessene Erhöhung der Beiträge in den bestehenden fünf Lohnklassen würde dem dringenden Bedarf nach den zur Fortführung der Geschäfte erforderlichen Mitteln bis zum Inkrafttreten des Notgesetzes genügt werden, so daß es nicht mehr der Einziehung von Kapitalien, insbesondere des Verkaufs von Wertpapieren zu den gegenwärtig niedrigen Kursen, bedürfe, um die Mittel zur Deckung der laufenden Ausgaben zu beschaffen.

Im Anschluß daran sei aus dem Gesetzentwurf in seiner nachträglich geänderten Form folgendes mitgeteilt:

Die Versicherungspflicht der Angestellten soll wegfallen, die der Hausgewerbetreibenden allgemein eingeführt werden, wobei die Regelung im einzelnen der Versicherungsanstalt für ihren Bezirk übertragen wird.

Lohnklassen, Wochenbeitrag, Steigerungssatz der Invalidenrente und Betrag der Altersrente ohne Reichszuschuß ergeben sich aus nachstehender Übersicht:

Lohnklasse M	Beitrag Pf.	Steigerungssatz Pf.	Altersrente M
A bis zu 550	100	6	330
B 550 — 850	110	9	360
C 850—1150	120	12	390
D 1150—2000	140	18	450
E 2000—3000	160	25	520
F 3000—4000	180	35	620
G 4000—5000	210	45	720
H 5000—7000	270	65	920
J über 7000	360	100	1270

Ohne Rücksicht auf Zahl und Höhe der Beiträge soll der Grundbetrag der Invalidenrente stets 300 M, der Kinderzuschuß 48 M für das erste, 36 M für das zweite, und 24 M für jedes weitere Kind betragen. Folge davon ist der für viele Angehörigen der Lohnklasse A unerschwinglich hohe Wochenbeitrag von 100 Pf. nach dem Entwurf, der bei richtiger Rechnung auf 150 Pf. und bei ausreichender Berücksichtigung der Aufwendungen für Verwaltung und Heilverfahren noch weiter erhöht werden müßte. Weitere Folge davon und von der Zulegung der Steigerungssätze der Invalidenrente zur Gemeinlast ist die Einziehung des gesamten, den Anstalten gegenwärtig gehörenden Vermögens als Gemeinvermögen und die Beschränkung der Aufwendungen für Verwaltung und Fürsorgezwecke auf ein Fünftel der Beitragseinnahme. Der Reichszuschuß zu den Renten wird nicht erhöht.

Die Witwenrente wird auf vier Zehntel, die Waisenrente auf zwei Zehntel der Invalidenrente erhöht und die Anrechnung der vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung geleisteten Beiträge bei Feststellung dieser Renten eingeführt. Witwengeld und Waisenaussteuer kommen in Wegfall. Bezüglich des Bezugs der Waisenrente — nicht auch bezüglich des Kinderzuschlags der Invalidenrente — wird das uneheliche Kind, dem der Versicherte Unterhalt gewährte, berücksichtigt. Die Bestimmungen über das Erlöschen der Anwartschaft und das Ruhen der Renten werden für den Versicherten günstiger gestaltet. Als Beitragszeiten sollen demnächst auch Zeiten, während deren Unterstützung aus der reichsgesetzlichen Arbeitslosenversicherung gezahlt ist, angerechnet werden.

Die Zusatzversicherung wird aufgehoben. Für die geleisteten Beiträge und die bisher festgesetzten Zusatzrenten wird eine Entschädigung gezahlt.

Ganz überwiegend sind die Änderungen des gegenwärtigen Rechts als Verbesserungen zu bezeichnen. Bei mehreren ist es indes zweifelhaft, ob sie nicht die bevorstehende große Reform erschweren oder doch erst dann zutreffend getroffen werden kön-

nen und schon aus diesem Grunde in ein Notgesetz, das nur für die beschränkte Dauer von wenigen Jahren Geltung haben soll, nicht aufzunehmen sind.

In dem Entwurf eines Gesetzes über den Zusammenschluß von Trägern der Reichsversicherung zum Zwecke gemeinsamer Wohlfahrtspflege und über Regelung des Heilverfahrens wird dem Reichsarbeitsminister das Recht beigelegt, die Versicherungsträger in Arbeitsgemeinschaften zusammenzuschließen, die für das Zusammenarbeiten erforderlichen Maßnahmen zu treffen, bindende Richtlinien zum Zweck der Durchführung des Heilverfahrens zu treffen und die Aufsicht über die Arbeitsgemeinschaften zu führen oder durch das Reichsversicherungsamt führen zu lassen. Solche Arbeitsgemeinschaften sind in den letzten Wochen für die Rheinprovinz und für Groß-Berlin gebildet. Weit bedeutsamer ist aber das Zusammenarbeiten, das in vielen Bezirken, insbesondere zwischen Versicherungsanstalten und Krankenkassen, wenn auch ohne Aufstellung umfangreicher Satzungen, bereits tatsächlich mit bestem Erfolge stattgefunden hat, und die zu Beginn dieses Jahres zwischen dem Verbande der Landesversicherungsanstalten und den Krankenkassenhauptverbänden vereinbarten Richtlinien über das Zusammenarbeiten auf dem Gebiete des Heilverfahrens. Wenn alle Vertreter auf dem Verbandstage darüber einig waren, daß ein Zusammenschluß der Versicherungsträger zum Zwecke der Sicherung eines planmäßigen Zusammenarbeitens überall erfolgen müsse, so waren sie sich nicht weniger darüber einig, daß das unter voller Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse des Bezirks zu geschehen habe und ein Zwang mit Eingriffen in die Bewegungsfreiheit der Arbeitsgemeinschaften nur schädlich wirken könne. Wenn die Anwendung von Zwang sich demnächst als erforderlich erweisen sollte, so werde eine gesetzliche Regelung erst tunlich sein, nachdem praktische Erfahrungen auf diesem Gebiete gesammelt seien, und es müsse durch die Mitwirkung eines aus der Mitte der großen Verbände zu bestellenden Beirats eine angemessene Anwendung der Zwangsbefugnisse sichergestellt werden. Zunächst müssen einmal den Versicherungsanstalten genügende Mittel für eine umfassende Fürsorgetätigkeit zur Verfügung gestellt werden.

Im Zusammenhang mit den Bestimmungen des Abänderungsgesetzes, welche diese Mittel in bedenklicher Weise beschränken, gewann auch ein anderer Gegenstand der Tagesordnung eine besondere Bedeutung, die Frage nach den Vorteilen und Nachteilen des Einzugsverfahrens. Dessen erhebliche Kosten vermindern die Summen, welche für die Fürsorgetätigkeit der Anstalten übrig bleiben und schädigen insofern die Interessen der Versicherten. In der Beantwortung der Frage, ob neben anderen auch dieser Nachteil durch Vorzüge des Einzugsverfahrens ausgeglichen werde, stand der Mehrheit, welche die Frage verneinte, eine immerhin beachtliche Minderheit gegenüber. Einig war man sich aber darüber, daß jedenfalls auf die Versicherungsanstalten kein Zwang ausgeübt werden sollte, so daß sie die erheblichen Kosten des Einzugsverfahrens auch dann machen und den Versicherten diese Beträge entgehen müssen, wo ein entsprechender Vorteil davon nicht erwartet wird.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Das Recht zum Wiedereintritt in die Krankenversicherung ist unabhängig von der Höhe des Einkommens.

Entscheidung des **Versicherungsamts** der Amtshauptmannschaft **Pirna** v. 25. November 1919.

Gr. gehörte bis zum 3. August 1914, an welchem Tage er zum Kriegsdienst einberufen wurde, der Allgemeinen Ortskrankenkasse H. als Pflichtmitglied an. Am 30. September 1919 wurde er aus dem Kriegsdienst entlassen. Seit 1. Oktober 1919 ist er bei der Abwickelungsstelle des Freiwilligen Grenzer-Regiments 2 in D. als Verwaltungsschreiber gegen ein Monatsgehalt von 510 *M* beschäftigt und gilt als Angestellter im Sinne von § 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. Mitte Oktober 1919 hat er bei der genannten Ortskrankenkasse beantragt, seine frühere Pflichtmitgliedschaft durch freiwillige Weiterversicherung fortzusetzen. Mit diesem Antrag ist er abgewiesen worden. — Das Versicherungsamt verurteilte jedoch die Kasse zur Gestattung der Weiterversicherung aus folgenden Gründen:

Nach § 3 des Reichsges. v. 4. August 1914 über Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (RGBl. S. 334) haben versicherungsberechtigte Kriegsteilnehmer, deren Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschen ist, das Recht, binnen sechs Wochen nach ihrer Rückkehr in die Heimat in die Krankenversicherung wieder einzutreten. Diese Vorschrift gilt nach § 1 der Bekanntm. v. 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) auch für diejenigen, die zur Zeit ihres Eintritts in Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste für das Reich oder die österreichisch-ungarische Monarchie zwar gemäß § 313 RVO. zur Weiterversicherung berechtigt waren, von dieser Berechtigung aber keinen Gebrauch gemacht haben. Diese Voraussetzungen treffen bei dem Antragsteller zu, wenigstens ist dies von der Kasse nicht bestritten worden.

Diese hat den Antrag auf freiwillige Weiterversicherung aber deshalb abgelehnt, weil Gr., der zur

Zeit der Antragstellung bereits ein Jahreseinkommen von mehr als 5000 ℳ bezog, wegen dieses Einkommens nicht mehr zu den nach § 165 Abs. 2 RVO. in der Fassung der Verordnung vom 2. November 1918 (RGBl. S. 1321) versicherungsberechtigten Angestellten gehöre.

Nach Ansicht des Versicherungsamts ist die ablehnende Haltung der Kasse unbegründet. Denn die in Frage befangene Bestimmung sollte die Kriegsteilnehmer im allgemeinen vor Rechtsnachteilen schützen, die ihnen infolge plötzlicher Einberufung dadurch erwachsen mußten, daß sie ihren Meldepflichten gegenüber der zuständigen Krankenkasse nicht mehr rechtzeitig nachkommen konnten. Hätte Gr. seine Weiterversicherung noch innerhalb der im § 313 Abs. 1 RVO. bestimmten Dreiwochenfrist beantragt, hätte er nicht zurückgewiesen werden können. Zweck und Sinn der fraglichen Bestimmung wäre sonach verfehlt, wenn man die freiwillige Weiterversicherung hätte von Umständen abhängig machen wollen, die erst nach Rückkehr der Kriegsteilnehmer in die Heimat eintreten. Daß den Kriegsteilnehmern innerhalb sechs Wochen nach Rückkehr in die Heimat die freiwillige Weiterversicherung bedingungslos ermöglicht werden sollte, geht schon daraus hervor, daß sie auch einer ärztlichen Untersuchung nicht unterworfen werden dürfen, wie sich aus § 1 der Bekanntm. vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279) ergibt.

Fortdauer der Mitgliedschaft eines Arbeitsunfähigen (§ 311 RVO). Fortzahlung der Beiträge über seine Aussteuerung hinaus?

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 16. Januar 1920.

Gegen die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt auf Grund der §§ 1799, 1693 Abs. 1 RVO. bestehen keine Bedenken. Der Beschlußsenat hatte zunächst zu prüfen, ob etwa die Firma W. für P. für die Zeit von der Aussteuerung bis zur Wiederaufnahme der Arbeit Pflichtbeiträge an die Krankenkasse zu entrichten hatte. Das würde voraussetzen, daß während dieser Zeit ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zwischen der Firma W. und ihrem Angestellten bestanden hat. Der Umstand, daß P. in dem gedachten Zeitraum arbeitsunfähig war, steht an sich der Annahme eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses nicht entgegen. Allerdings können, wie auch das Reichsversicherungsamt ständig angenommen hat, völlig arbeitsunfähige Personen nicht Mitglieder einer Krankenkasse werden. Ist aber die Beschäftigung einmal aufgenommen und damit die Versicherung des Arbeitnehmers begründet, so braucht die Beschäftigung, damit die Versicherung erhalten bleibt, nicht ununterbrochen fortgesetzt zu werden, wenn nur der Beschäftigte in der Zwischenzeit der Verfügungsgewalt des Arbeitgebers unterstand. Trotz vorhandener Arbeitsunfähigkeit des Kassenmitgliedes besteht daher das Beschäftigungsverhältnis weiter, solange es nicht tatsächlich gelöst ist (zu vgl. Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 5. März 1896 Bd. 29 S. 345; Entsch. 1933, Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 813; Entsch. 2233, Amtl. Nachr. des RVA. 1916 S. 588). Dieser Grundsatz gilt auch dann, wenn ein Kassenmitglied nach erfolgter Aussteuerung arbeitsunfähig bleibt, das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis aber fortbesteht. Zwar hat die Kasse dann für die fortbestehende Krankheit Leistungen nicht mehr zu gewähren, sie muß jedoch für etwa neu hinzutretende Krankheiten zum mindesten mit Krankenpflege eintreten, und der Arbeitgeber hat die Pflichtbeiträge fortzuzahlen. Dem steht auch § 311 RVO. nicht entgegen, denn diese Vorschrift bezieht sich, wie das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2150 (Amtl. Nachr. 1916 S. 355) ausgeführt hat, lediglich auf diejenigen Fälle, in denen das Beschäftigungsverhältnis bei Arbeitsunfähigkeit erloschen ist, Kassenleistungen aber weiter zu gewähren sind. Die in einem Aufsatz im Zentralblatt der Reichsversicherung 1919 Sp. 580 vertretene gegenteilige Auffassung, wonach mit dem Ende der Krankenhilfe das Erlöschen der Kassenmitgliedschaft notwendig verbunden sein soll, vermag das Reichsversicherungsamt nicht zu teilen. Die Annahme des Fortbestehens eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses scheitert indessen vorliegend an dem Fehlen einer anderen Voraussetzung. Versicherungspflichtig ist nach § 165 Abs. 2 RVO. grundsätzlich nur die Beschäftigung gegen Entgelt. Hierbei kommt es, wie das Reichsversicherungsamt bereits in einer Entsch. vom 13. Mai 1919 (IIa K 248/18) dargelegt hat, nicht darauf an, ob im Falle einer Unterbrechung der Arbeitsleistung Lohn bezahlt wird, sondern nur darauf, ob ein Arbeitsverhältnis gegen Ablohnung vorliegt, ob also vor und nach der Unterbrechung der Arbeitsleistung eine dem Arbeiter die Erfüllung seiner Beitragspflicht ermöglichende Lohnzahlung stattfindet (zu vgl. Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 4. Juli 1900 Bd. 37 S. 386; Entsch. des Bayer. Verwaltungsgerichtshofs vom 21. November 1904 bei Reger, Ergänzungsband 3 S. 270; Hoffmann, Kommentar 5. Auflage, Anm. 23a zu § 165 RVO.; Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. und 9. Aufl., Anm. 21 zu § 165). Dementsprechend hat das Reichsversicherungsamt in dem der erwähnten Entsch. vom 13. Mai 1919 zugrunde liegenden Streitfalle ausgesprochen, daß ein an sich fortdauerndes Arbeitsverhältnis der Versicherungspflicht nicht mehr unterliegt, wenn während einer zweimonatigen Unterbrechung der Arbeit kein Lohn gezahlt wird. Vorliegend hat die Lohnzahlung während der ganzen, etwa acht Monate währenden Arbeitsunfähigkeit des P. geruht. Hiernach kann von einem

Fortbestehen eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses während der Arbeitsunterbrechung nicht gesprochen werden, und damit entfällt auch eine Verpflichtung der Firma zur Zahlung von Pflichtbeiträgen vom Zeitpunkt der Einstellung der Kassenleistungen ab.

Steht hiernach einmal fest, daß eine Leistung von Pflichtbeiträgen nicht in Frage kommt, so war weiter zu prüfen, ob etwa die Firma W. auf Grund von § 397 RVO. zur Beitragsleistung für die Zeit von der Aussteuerung bis zur Abmeldung des P. herangezogen werden kann. In der Entsch. 2442 (Amtl. Nachr. 1918 S. 308) hat das Reichsversicherungsamt die Anwendbarkeit des § 397 in einem Falle verneint, in dem ein arbeitsunfähig erkranktes Kassenmitglied zwar verspätet, aber doch noch vor Ablauf des Anrechts auf Kassenleistungen abgemeldet worden war. Das Reichsversicherungsamt ging dabei davon aus, daß § 383 Abs. 1 in Verbindung mit § 311 RVO. über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus wirke und in den Wirkungsbereich des § 397 Abs. 1 hineinreiche. Tatsächlich hat ja auch die Kasse so lange kein Interesse an der Abmeldung des erkrankten Mitgliedes, als sie diesem Leistungen zu gewähren hat (zu vgl. Entsch. 2098, Amtl. Nachr. 1915 S. 684). Die Entsch. 2442 kann aber im vorliegenden Streitfall nicht entsprechend angewendet werden, weil die Firma W. den P. nicht während der Dauer der Krankenhilfe, sondern erst nach der Aussteuerung, am 23. September 1917, abgemeldet hat. Fraglich erscheint dagegen, ob die Anwendbarkeit des § 397 nicht etwa schon um deswillen ausgeschlossen ist, weil die gegebenenfalls von der Firma W. auf Grund des § 397 geschuldeten Beiträge sich nicht unmittelbar an die Pflichtbeiträge anschließen, die die Firma bis zur Erkrankung des P. für ihn gezahlt hat, und weil daher von einer Fortzahlung der Beiträge im Sinne des § 397 Abs. 1 nicht gesprochen werden kann. In der erwähnten Entsch. 2442 wird insoweit allerdings bemerkt, das Wort „fortzahlen" deute jedenfalls auf einen engen Anschluß der Beiträge des § 397 an die Pflichtbeiträge hin. Ob indessen eine so enge, wörtliche Auslegung des Wortes „fortzahlen" tatsächlich begründet ist, kann zweifelhaft erscheinen, einmal im Hinblick auf die nach Art und Zweck verschiedene Natur der regelmäßigen Pflichtbeiträge und der aus § 397 zu entrichtenden Beiträge (zu vgl. insoweit Entsch. 2054, Amtl. Nachr. 1915 S. 589), zum anderen insbesondere mit Rücksicht auf den Zweck des § 397, nämlich die Gewährleistung eines geordneten Meldewesens. Es fragt sich hiernach immerhin, ob nicht der Gesetzgeber das Wort „fortzahlen" lediglich mit Bezug auf den Regelfall gebraucht hat, daß nämlich der Versicherte beim Ausscheiden aus der Kasse arbeitsfähig war. Der Beschlußsenat brauchte indessen zu dieser Streitfrage nicht entscheidend Stellung zu nehmen, weil der Anspruch der Kasse aus § 397 aus einem anderen Grunde nicht gerechtfertigt ist.

§ 397 RVO. schreibt die Fortzahlung der Beiträge „bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung" vor. Hiernach ist zu prüfen, ob eine gesetzliche Verpflichtung der Firma W. zur Abmeldung des P. bestand und bejahendenfalls, ob die Unterlassung der Abmeldung die Pflicht zur Fortzahlung der Beiträge nach sich zieht. Wenn eine Abmeldepflicht für den Arbeitgeber besteht, ist nach § 317 Abs. 1 RVO. zu beurteilen. Meldepflichtig ist nach Satz 1 Beginn und Ende einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, ferner sind nach Satz 2 Änderungen des Beschäftigungsverhältnisses zu melden, die die Versicherungspflicht berühren. Hiernach bedingt nicht nur das Aufhören der Beschäftigung überhaupt, sondern auch das Ende der Versicherungspflicht bei im übrigen unveränderten Fortdauer des Vertragsverhältnisses eine Meldepflicht des Arbeitgebers, und die hiernach vom Arbeitgeber erstattete Meldung hat für die Kasse die Bedeutung einer Abmeldung im Sinne des § 397 Abs. 1 (zu vgl. Entsch. 2414, Amtl. Nachr. 1918 S. 172; irrige Entsch. des Oberversicherungsamts Groß-Berlin, abgedruckt in der ArbVers. 1919 S. 349). Die hiernach bestehende Abmeldepflicht des Arbeitgebers zieht indessen seine Verpflichtung zur Fortzahlung der Beiträge aus § 397 nur dann nach sich, wenn ein öffentliches Interesse an der Vornahme der Abmeldung besteht (zu vgl. Entsch. 2098, Amtl. Nachr. 1915 S. 684). Ein solches Interesse ist regelmäßig dann gegeben, wenn die Kasse ohne die rechtzeitige Abmeldung Gefahr läuft, unberechtigte Ansprüche des aus der Beschäftigung Ausgeschiedenen zu erfüllen oder wenn sie ohne die Abmeldung das zur ordnungsmäßigen Geschäftsführung unentbehrliche Mitgliederverzeichnis nicht berichtigen kann. Die angezogene Entsch. 2414 betraf den Regelfall, daß ein arbeitsfähiger Versicherter die Mitgliedschaft bei der Kasse verliert; hier ist ein Interesse der Kasse an der alsbaldigen Abmeldung ihres Mitgliedes stets gegeben, das Ende der Versicherungspflicht, mag es nur durch Entlassung oder durch Eintritt der Versicherungsfreiheit gemäß § 169 RVO. hervorgerufen sein, hat die endgültige Beendigung der Kassenmitgliedschaft zur Folge, die Kasse kann und soll auf Grund der fristgemäß erfolgten Abmeldung alsbald ihre Listen berichtigen. Anders vorliegend: Die Einstellung der Lohnzahlung seitens der Firma W. bewirkte zwar das Erlöschen der Versicherungspflicht. Die Kenntnis hiervon war aber für die Kasse am Zeitpunkte des Erlöschens nicht von Belang, denn P. war damals arbeitsunfähig und bezog Kassenleistungen (zu vgl. die oben erörterte Entsch. 2442).

Für die Folgezeit schaffte die Einstellung der Lohnzahlung seitens der Firma W. keinen endgültigen Zustand, aus dem die Kasse hinsichtlich des Erlöschens der Mitgliedschaft des P. irgendwelche sicheren Schlußfolgerungen hätte ziehen können. Denn die Einstellung der Lohnzahlung war ja nach dem Willen der Beteiligten lediglich für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit des P., also für einen vorübergehenden Zeitraum, beabsichtigt; nach Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sollte P. seine Beschäftigung bei der Firma W. unverzüglich wieder aufnehmen. Unter diesen Umständen wäre eine Berichtigung des Mitgliederverzeichnisses seitens der Kasse, wenn die Firma die Einstellung der Lohnzahlung rechtzeitig innerhalb dreier Tage gemeldet hätte, zum mindesten unzweckmäßig gewesen. Worauf es der Kasse vorliegend allein ankam, war nicht die Kenntnis von der Einstellung der Lohnzahlung, sondern davon, ob P. am Zeitpunkt der Beendigung der Kassenleistungen wieder arbeitsfähig war oder nicht. Lediglich hieran hatte sie ein Interesse. Insoweit bestand für die Firma W. nach der derzeitigen Lage der Gesetzgebung keine Meldepflicht. Hatte aber hiernach die Kasse kein Interesse an der Meldung von der Einstellung der Lohnzahlung, so kann auch § 397 Abs. 1 RVO. nicht Platz greifen.

Auch vom Standpunkt des Arbeitgebers aus vermögen nach der Ansicht des Beschlußsenats die bestehenden Gesetzesvorschriften in Fällen der vorliegenden Art die Anwendbarkeit des § 397 Abs. 1 nicht zu rechtfertigen. Die Einstellung der Lohnzahlung bei Fortdauer des Arbeitsverhältnisses bewirkt, wie eingangs dargelegt, das Ende der Versicherungspflicht regelmäßig nur dann, wenn sie sich auf einen verhältnismäßig längeren Zeitraum erstreckt; wird für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit kein Entgelt gezahlt, so dauert das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis fort. Ob der Zustand der Arbeitsunfähigkeit, für dessen Dauer die Zahlung des Entgelts eingestellt ist, nur vorübergehend sein oder längere Zeit andauern wird, vermag der Arbeitgeber vielfach nicht im voraus zu beurteilen. In den meisten Fällen wird er den Arbeitsvertrag gerade um deswillen aufrechterhalten, weil er mit einer alsbaldigen Wiederherstellung seines Arbeitnehmers rechnet. Ein sicherer Anhalt, ob Meldepflicht seinerseits besteht oder nicht, ist also häufig gar nicht vorhanden. Aber auch abgesehen hiervon wird man von dem rechtsunkundigen Arbeitgeber kaum ein zutreffendes Urteil darüber erwarten dürfen, ob das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis im Falle der Einstellung der Lohnzahlung fortbesteht oder nicht, ob also Meldepflicht gegeben ist oder nicht. Offenbar hat der Gesetzgeber bei Regelung des Meldewesens gemäß §§ 317 ff. nur an den Regelfall gedacht, daß das Kassenmitglied bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses arbeitsfähig ist. Ist es arbeitsunfähig und bezieht es Kassenleistungen, so begegnet die Anwendung dieser Vorschriften im Hinblick auf § 311 Schwierigkeiten, die nur im Wege einer Gesetzesänderung zu beheben sein werden.

B. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1920 S. 5 ff.)

Nr. 367. 1. Der Anspruch auf Beitragserstattung aus § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte setzt die Erhaltung der Anwartschaft voraus.

2. Freiwillige Beiträge dürfen nach Eintritt des Versicherungsfalls nicht entrichtet werden.

Nr. 368. Besteht für einen versicherungspflichtigen Angestellten neben der Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse ein privater Lebensversicherungsvertrag, der den Erfordernissen des § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte entspricht, so kann beim Übertritt des Angestellten von der Ersatzkasse zur Reichsversicherungsanstalt Befreiung von der eigenen Beitragsleistung, auch wenn während der Zugehörigkeit zur Ersatzkasse die vollen Beiträge geleistet worden sind, jedenfalls dann beansprucht werden, wenn der Antrag rechtzeitig (§ 391 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) gestellt worden ist.

Nr. 369. Im Beschwerdeverfahren ist auch über die Frage zu entscheiden, ob nach Lage der Umstände eine Bestrafung nach § 339 des Versicherungsgesetzes für Angestellte angemessen ist.

Nr. 370. Der Anspruch auf Erstattung des nach § 392 Abs. 3 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte abgetretenen Betrags an die Hinterbliebenen von Kriegsteilnehmern (§ 10 der Bekanntmachung, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges, vom 26. August 1915, RGBl. S. 531) ist nur insoweit begründet, als der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nicht die im Interesse der Versicherten für die Aufrechterhaltung der Privatversicherung gemachten Aufwendungen verloren gehen dürfen.

Nr. 371. 1. Beitragsstreitigkeiten aus § 210 des Versicherungsgesetzes für Angestellte können beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Schiedsgerichte für Angestelltenversicherung vom 21. Juni 1913 (RGBl. S. 329) in der Fassung der Verordnung zur Ergänzung der genannten Verordnung vom 13. Januar 1919 (RGBl. S. 42) auch von Amts wegen an das Oberschiedsgericht abgegeben werden.

2. Der Führer eines großen, bis zur See ver-

kehrenden Rheinschiffes ist Kapitän im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 6 des Versicherungsgesetzes für Angestellte und als solcher versichert.

Nr. 372. Bei Beschwerden gegen Strafverfügungen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (§§ 339 ff. des Versicherungsgesetzes für Angestellte) ist das Verfahren auf diejenige Straftat zu beschränken, wegen der die Strafverfügung ergangen ist. Es ist nicht zulässig, die Strafverfügung wegen einer anderen Straftat des Beschwerdeführers aufrechtzuerhalten.

Nr. 373. Ein durch Privatdienstvertrag angenommener Bauleiter bei Ausbauarbeiten einer Feldstellung leistet weder Kriegsdienste noch ihnen ähnliche Dienste im Sinne der Verordnung, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges, vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531), auch wenn er dabei den Gefahren des Krieges ausgesetzt ist.

Nr. 374. Die Verfügung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, durch die gemäß § 340 Abs. 1 Satz 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte dem Bestraften die Zahlung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände auferlegt wird, ist hinsichtlich der Rechtsmittel als Strafverfügung im Sinne des § 358 des Versicherungsgesetzes anzusehen.

C. Zur Militärversorgung.

Natur der Kriegsdienstbeschädigung als Voraussetzung für die Kriegszulage.

Urteil des **Militärversorgungsgerichts Münster** v. 13. April 1920 (348 M. 19).

Es handelt sich im Berufungsverfahren nicht mehr um die Höhe der dem Kläger zustehenden Rente, sondern ausschließlich um die Kriegszulage. Diese hat nach § 14 MannschVersorgGes. zur Voraussetzung, daß die Erwerbsfähigkeit „infolge einer durch den Krieg herbeigeführten Dienstbeschädigung" gemindert oder aufgehoben ist.

Die Kriegszulage, die ursprünglich einen Ehrensold geben sollte für die im Kampfe und vor dem Feinde erlittenen Verwundungen, hat die Bedeutung in diesem ganz strengen Sinne n i c h t mehr. Es ist auch anerkannten Rechtes, daß sogenannte Kriegsdienstbeschädigungen auch sogar im Heimatgebiete erlitten werden können, was zum Beispiel bei Verwundungen durch Abwurf von Fliegerbomben, bei Abwehr des Fliegerangriffs ganz zweifelsfrei ist. Immer muß aber bei den Heimatbeschädigungen verlangt werden, daß die besonderen Eigentümlichkeiten des Kriegsdienstes eine ursächliche Rolle für die Dienstbeschädigung gespielt haben. Das kann aber nicht ohne weiteres bejaht werden bei solchen Verhältnissen, die zwar eine Folge der Kriegszeit im weiteren Sinne sind, aber eine Folge, von der nicht nur die Personen des Soldatenstandes, sondern alle Behörden oder gar die ganze Bevölkerung gleichmäßig betroffen wurden. Zweifellos ist zum Beispiel die schwierige Ernährungslage und die Teuerung eine Folge des Krieges gewesen, aber eine Folge, die das ganze Volk gleichmäßig traf, in der Frage der Ernährung sogar die Nichtsoldaten in höherem Maße wie die Soldaten, und es ist nicht angängig, einem Soldaten, bei dem zu seiner Dienstbeschädigung die Ernährungslage mit verursachend war, dieserhalb die Kriegszulage zuzusprechen. Der Kläger stützt seinen Anspruch im wesentlichen auf eine Überanstrengung in seinem Dienste bei der Landwehrinspektion Essen und beim Bezirkskommando Mülheim (Ruhr) und führt aus, daß die dienstlichen Zustände, insbesondere Vermehrung der Arbeit, Verminderung des Arbeitspersonals und Ersatz des eingearbeiteten Personals durch uneingearbeitete Kräfte und dadurch bewirkte Mehrarbeit und längere Arbeitszeit sowie aufregendere Tätigkeit für ihn als für sein Leiden ursächliche Verhältnisse anzusehen seien, die in diesem Maße nur auf die besonderen Verhältnisse des Krieges zurückzuführen sind. Es kann dahingestellt bleiben, ob seine Behauptungen über diese Verhältnisse zutreffend sind oder nicht; einer Erhebung der von ihm angetretenen Beweise bedurfte es nicht, weil die von ihm behaupteten Tatsachen selbst bei Unterstellung ihrer Richtigkeit seinen Anspruch nicht rechtfertigen können.

Es ist zunächst hervorzuheben, daß die Art seiner Tätigkeit eine rein friedensmäßige war, und zwar sogar eine Geschäftszimmertätigkeit, die von allen soldatischen Tätigkeiten den am wenigsten soldatischen Charakter hat, sowohl was Inhalt der Arbeit als körperliche Anstrengung angeht. Sie ist einer reinen Zivildiensttätigkeit am ähnlichsten. Die Tätigkeit spielte sich ausschließlich im Heimatgebiet ab. Daß bei den militärischen Verwaltungsbehörden das Personal vermindert wurde, jedenfalls nicht im gleichen Verhältnis zur Arbeit stand wie im Frieden, daß auch ungeschulte Kräfte in Kauf genommen werden mußten gegen Abgabe kriegsverwendungsfähiger eingearbeiteter Kräfte, ist bekannt und mag auch bei den Behörden des Klägers der Fall gewesen sein. Es handelt sich hier aber um eine Erscheinung, die auch fast überall bei a l l e n Behörden und insbesondere auch in Privatbetrieben in die Erscheinung trat; und die Mehrleistung des einzelnen in der Heimat war in a l l e n Gebieten eine zwingende Notwendigkeit der Kriegszeit. Es handelt sich um Opfer, die fast jeder Arbeitsfähige, insbesondere auch Weib und Kind — erinnert sei nur an die Wirtschaftsverhältnisse der Landwirte — sich auferlegen mußte. Wenn dieser weitere Kausalzusammenhang mit dem Kriege für die Annahme der Kriegsdienstbeschädigung genügen würde, dann

müßte die Frage zum Beispiel stets bejaht werden bei allen Heimatbeschädigungen derjenigen Mannschaften, die wegen ihres Alters oder Körperzustandes nicht mehr zu einer Friedensdienstleistung eingezogen wurden, aber wegen des Krieges Soldat werden mußten; denn bei diesen ist der Krieg alleinige Vorbedingung und Ursache ihrer Einziehung zum Dienste und damit auch ihrer etwaigen Dienstbeschädigung. Daß die Frage aber zu verneinen ist, bedarf hier einer weiteren Begründung nicht.

Es muß für die Bejahung der Kriegsdienstbeschädigung mehr verlangt werden als die allgemeinen Erscheinungen der Zeitverhältnisse, nämlich entweder die Einwirkungen durch die kriegerischen Ereignisse selbst, insbesondere die Kampfhandlungen, oder doch eine unmittelbare Einwirkung von nur dem Kriege eigentümlichen Einflüssen gerade auf die dienstliche Tätigkeit, die für die Entstehung des Versorgungsleidens bestimmend war. Neben der in erster Linie in Frage kommenden Verwundung durch feindliche Einwirkung und Dienstbeschädigung durch die Gefahren und Anstrengungen des Kriegsdienstes, d. h. des Dienstes im Felde kommen also nur solche Verhältnisse in Frage, die durch unmittelbare und starke Einwirkung kriegerischer Einflüsse die Entstehungsursache des Leidens auf eine gleiche Stufe mit der eigentlichen Kriegsverletzung zu setzen rechtfertigen können.

Das Reichsmilitärversorgungsgericht hat die Frage in seiner Entscheidung vom 16. Dezember 1919 (M. 114/19) in einem Falle bejaht, in dem ein Versorgungsberechtigter im Heimatdienst sich ein Leiden infolge außerordentlicher Anstrengungen und Aufregungen zugezogen hatte. Zur Begründung hatte er verwiesen einerseits auf die Eigenart der militärischen Unterordnung und anderseits auf die nahen Beziehungen seiner dienstlichen Stellung zur kämpfenden Truppe.

Das erkennende Gericht kann der Auffassung der Entscheidung des Reichsmilitärversorgungsgerichts nicht beitreten, glaubt vielmehr, daß diese Auslegung des Begriffes Kriegsdienstbeschädigung zu weitgehend ist, da hierdurch der eigentlichen Kriegsdienstbeschädigung durch die Einwirkungen des Kampfes und Felddienstes Fälle gleichgestellt werden, die in Art und Ursache zu sehr hiervon verschieden sind, und weil durch eine so weitgehende Anwendung der Begriff der Kriegsdienstbeschädigung so sehr verwischt wird, daß der vom Gesetze gewollte Begriff einer Ehrenzulage für Kämpfer und diesen gleichzustellende Beschädigte nicht gewahrt bleibt.

Aber auch in der genannten Entscheidung ist neben der übrigens eine Friedenseigentümlichkeit bildenden militärischen Unterordnung die Beziehung zur kämpfenden Truppe besonders hervorgehoben. Eine Beziehung zur kämpfenden Truppe hat während des Krieges jede militärische Dienststelle, denn aller Dienst in der Heimat bezweckt letzten Endes Ersatz und Stärkung des kämpfenden Heeres. Daß aber bei dem Kläger begrifflich oder örtlich so nahe Beziehungen zur kämpfenden Truppe vorgelegen hätten, daß hierdurch seine Stellung eine Gleichstellung in der erörterten Frage mit den im Felde Beschädigten begründen könnte, muß verneint werden.

Sprechsaal.

Neue Lohnklassen für die Invalidenversicherung.

Von der Allgemeinen Ortskrankenkasse für den Landkreis Bochum geht uns folgende Zuschrift zu:

Nach Zeitungsmeldungen sind in dem Gesetzentwurfe über Abänderung der reichsgesetzlichen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung neue Lohnklassen vorgesehen, und zwar*):

1. Lohnklasse bis 1500 M jährlich,
2. " von 1500 M bis 2000 M jährlich,
3. " von 2000 M bis 3000 M "
4. " von 3000 M bis 4000 M "
5. " von 4000 M bis 5000 M "
6. " von 5000 M bis 7000 M "
7. " über 7000 M jährlich.

Bei dieser Einteilung, im Vergleich mit der bisherigen (§ 1245 RVO.), bemerkt man zunächst, daß die Höchstgrenze für die 1. Lohnstufe erheblich heraufgesetzt ist, und daß dieselbe ungefähr der bisherigen höchsten Lohnstufe entspricht. Sodann sind auch die Zwischenräume zwischen den einzelnen Lohnstufen erheblich vergrößert. Dies ist zu begrüßen, da andernfalls eine so große Anzahl von Lohnklassen erforderlich wäre, daß die Verwaltung erheblich erschwert würde. Ferner wird offenbar erstrebt, bei der Abgrenzung der Lohnstufen mit möglichst glatten Zahlen zu rechnen. Leider ist dabei auf die Übereinstimmung mit der Lohnstufeneinteilung der Krankenkassen keinerlei Rücksicht genommen. Die Krankenkassen haben mit dem Verdienst für einen Arbeitstag (also dem 300sten Teil der Jahresverdienste) und dem entsprechenden Grundlohn zu rechnen. Es liegt im Interesse der Arbeitgeber und der Versicherten, daß die Lohnstufeneinteilung bei der Kranken- und der Invalidenversicherung soweit als möglich übereinstimmt. Diese Übereinstimmung ist bisher auf Wunsch der Landesversicherungsanstalten von den Krankenkassen fast überall durchgeführt worden, obwohl die dadurch herbeigeführte Klasseneinteilung für die Krankenkassen nicht immer bequem war. Nach dem Inkrafttreten der vorstehenden neuen Lohnstufeneinteilung wird die Übereinstimmung von den Krankenkassen jedoch kaum noch beibehalten werden können, weil bei der Einteilung auf die Bedürfnisse der Krankenkassen keinerlei Rücksicht genommen worden ist.

Als Grundlohn für den Arbeitstag gilt bei der Krankenversicherung der 300ste Teil des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes. Es ist daher notwendig, daß der Jahresarbeitsverdienst bei Teilung

*) Zu vgl. über die abgeänderte Einteilung: Düttmann, ArbVers. S. 265.

durch 300 glatte Zahlen ergibt, da sonst bei Berechnung der Beiträge, Krankengelder usw. absolut unnötige Schwierigkeiten entstehen. Diese Schwierigkeiten können im Interesse aller Beteiligten jetzt noch vermieden werden, wenn bei der Lohnstufeneinteilung für die Invalidenversicherung auf die Verhältnisse der Krankenkassen Rücksicht genommen wird. Es wird folgende Einteilung vorgeschlagen:

1. Lohnstufe bis 1500 ℳ jährlich, 5 ℳ arbeitstäglich, Grundlohn 4 ℳ.
2. Lohnstufe über 1500 ℳ bis 2100 ℳ jährlich, 5 ℳ bis 7 ℳ arbeitstäglich, Grundlohn 6 ℳ.
3. Lohnstufe über 2100 ℳ bis 3000 ℳ jährlich, 7 ℳ bis 10 ℳ arbeitstäglich, Grundlohn 8,50 ℳ.
4. Lohnstufe über 3000 ℳ bis 4200 ℳ jährlich, 10 ℳ bis 14 ℳ arbeitstäglich, Grundlohn 12 ℳ.
5. Lohnstufe über 4200 ℳ bis 5400 ℳ jährlich, 14 ℳ bis 18 ℳ arbeitstäglich, Grundlohn 16 ℳ.
6. Lohnstufe über 5400 ℳ bis 6600 ℳ jährlich, 18 ℳ bis 22 ℳ arbeitstäglich, Grundlohn 20 ℳ.
7. Lohnstufe über 6600 ℳ bis 7800 ℳ jährlich und mehr, 22 ℳ bis 26 ℳ arbeitstäglich, Grundlohn 24 ℳ.

Beitragsrückstände der Versicherungsträger.

Nach § 28 der Reichsversicherungsordnung werden Beitragsrückstände der Versicherungsträger wie Gemeindeabgaben beigetrieben. Zu unterscheiden ist zwischen der Beitragseinziehung und der zwangsweisen Erhebung der Beiträge. Die Einziehung der Beiträge haben die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften entweder durch ihre Organe oder durch andere Beauftragte zu besorgen. Die Einziehung der Beiträge durch die Gemeinden setzt eine Vereinbarung zwischen den Versicherungsträgern und den Gemeinden über die Höhe der Vergütung, Ersatz der Auslagen usw. voraus. Liegt eine solche Vereinbarung nicht vor, so sind die Gemeinden zur Einziehung der Beiträge nicht verpflichtet. Nach § 404 RVO. kann das Versicherungsamt die Krankenkassen mit ihrer Zustimmung und unter Vereinbarung über die Kosten bei der Einziehung der Beiträge unterstützen.

Weil die Beitreibung und Einziehung von Beitragsrückständen etwas ganz Verschiedenes ist, muß in dem an die Gemeinden gerichteten Ersuchen ausdrücklich bemerkt werden, ob nur die Einforderung bei freiwilliger Zahlung oder bei Verweigerung der letzteren gleichzeitig die Zwangsvollstreckung beantragt wird. Die Beitreibung selbst kann nicht durch die Versicherungsträger, sondern in Bayern nur durch die Gemeinden erfolgen, die in dieser Beziehung verfahren „wie mit Gemeindeabgaben". Die Gemeindebehörde muß vom Versicherungsträger ersucht werden. Zuständig ist diejenige Gemeinde, in der die Vollstreckungshandlung vorzunehmen ist, das ist die für den Wohn- bzw. Betriebsort des Beitragsschuldners zuständige Gemeindebehörde. Diese braucht die Gesetzmäßigkeit des Ersuchens nicht nachzuprüfen.

Dagegen ist sie verpflichtet, dem Ersuchen um Beitreibung nachzukommen, auch wenn eine besondere Vereinbarung zwischen ihr und dem Versicherungsträger nicht besteht. Will die Gemeinde einem Ersuchen um Beitreibung nicht stattgeben, so entscheidet auf Beschwerde die vorgesetzte Verwaltungsbehörde.

In Bayern erfolgt die Beitreibung nach Maßgabe der Vorschriften der Gemeindeordnung. Nach Art. 33 des Umlagengesetzes in der Fassung vom 10. Februar 1920 ist für die Mahnung eine Mindestgebühr von 20 dl zu erheben. Durch Gemeindesatzung kann die Gebühr auf höchstens ½ v. H. der Beitragsschuld festgesetzt werden. Auch die Versicherungsträger können in ihrer Satzung Mahngebühren festsetzen und richten sich dieselben in diesem Falle nach der Satzung des Versicherungsträgers; sind in derselben aber Mahngebühren nicht festgesetzt, so sind die von der zuständigen Gemeindebehörde festgesetzten Mahngebühren zu erheben. Die Mahngebühr fällt dem Beitragsschuldner zur Last. Die Versicherungsträger sind nicht verpflichtet, Mahngebühren zu ersetzen, gegen derartige Abzüge steht ihnen das Recht der Beschwerde an die zuständige Verwaltungsbehörde zu. Die erfolgte Mahnung ist auf der Hebeliste oder der Quittung gegen Unterschrift des Beitragsschuldners zu vermerken. Wird die Beitragsschuld trotz Mahnung nicht beglichen, so ist hiervon dem Versicherungsträger unter Vorlage des Nachweises über die erfolgte Mahnung zu berichten, wenn nicht das Ersuchen des Versicherungsträgers sich auf die Einleitung der Zwangsvollstreckung bezieht.

In Bayern haben die Krankenkassen mit den Gemeinden meist eine Vereinbarung über die Beitragseinziehung getroffen. Soweit dies nicht der Fall ist, heben die Kassen die Beiträge selbst ein, sei es durch Kassenboten oder durch Einforderung auf das Postscheckkonto der Kasse. Insbesondere letzteres Verfahren hat sich zum Teil gut bewährt, wird aber mit Rücksicht auf die neuerdings bevorstehende Erhöhung der Postgebühren nicht auf die Dauer beibehalten werden können, so daß die Gemeinden wieder um die Einhebung der Beiträge angegangen werden müssen. Hierbei ist nach obigen Grundsätzen zu verfahren. Die Frage der Angemessenheit der Vergütung für die Einziehung der Beiträge muß von Fall zu Fall entschieden werden, weil die Art der Beitragseinhebung und Quittungsleistung bei den einzelnen Kassen verschieden ist.

Verw. Dir. Eibl in Passau.

Die Besetzung des Militärversorgungsgerichtes.

Das Militärversorgungsgericht hat neben zwei unabhängigen Richtern, dem Vorsitzenden, entnommen aus der Behörde der Reichsversicherung — und dem den ordentlichen Gerichten entnommenen Beisitzer drei Richter, von denen einer von der Militärverwaltung, zwei aus dem Kreise der Versorgungsberechtigten stammen. (§ 3 der VO. v. 1. 2. 19 Art. II.) Die Besetzung des Reichsmilitärversorgungsgerichts ist entsprechend im § 5 daselbst geregelt.

Wenn mit dieser Regelung auch bezweckt wird, daß außer den zwei nach beiden Seiten uninteressierten Richtern beiden Teilen, dem Militärfiskus einerseits und dem Kreise der Versorgungsberechtigten anderseits (diesem sogar in ziffernmäßig stärkerem Maße) eine Interessenvertretung gewährleistet wird, so bedarf es selbstverständlich keiner weiteren Begründung, daß hiermit nur im Gesamtergebnis eine nicht zu beargwöhnende Objektivität erstrebt wird, daß aber keineswegs die Aufgabe dieser, sagen wir mal interessierten, Richter darin erblickt werden darf, daß sie die Interessen *ihrer* Partei vertreten müßten. Pflicht auch dieser Richter ist es natürlich, rein objektiv zu urteilen, die Verschiedenheit nicht der parteiischen subjektiven Beurteilung des Falles, sondern der objektiven Auffassung soll hier ihren Ausgleich finden, und gleichzeitig soll nach außen hin das

objektive Ansehen des gesamten Gerichtskörpers gesichert werden.

Die versorgungsberechtigten Beisitzer werden von den Hauptfürsorgeorganisationen nach Anhörung der Verbände bestellt (§ 8 der VO. des Reichsarb. Min. v. 18. 2. 19). Über Ausschließungs- und Ablehnungsgründe vergleiche §§ 11, 12 daselbst. Wegen grober Verletzung der Amtspflicht und bei Fortfall der Voraussetzungen, der von ihnen anzuzeigen ist (z. B. Fortfall ihrer Versorgungsberechtigung wegen Wiedererwerb der Erwerbsfähigkeit) können sie ihres Amtes enthoben werden. (§ 14 das.) Stellenweise sind von den Hauptfürsorgeorganisationen auch Blinde als Beisitzer bestellt worden. So sehr gerade diesen am schwersten durch ihr Leiden betroffenen Versorgungsberechtigten jede geistige Tätigkeit erleichtert werden muß, und so sehr gerade bei ihnen ihre besondere Rührigkeit auf dem Versorgungsgebiete anerkannt werden muß, so kann gleichwohl bei ihnen eine Fähigkeit zum Richteramte bei den Versorgungsgerichten nicht anerkannt werden. Die Versorgungsgerichte urteilen nicht nur auf Grund des vom Berichterstatter vorgetragenen Akteninhaltes und des mündlich abgegebenen Gutachtens des Vertrauensarztes, sondern — von Ausnahmen abgesehen — auf Grund des vom Gutachter erläuterten, aber von den Richtern selbst gesehenen Zustandes des Klägers. Und gerade hierin erblicke ich im Gegensatz zu dem Verwaltungsverfahren den Hauptvorzug der Gerichte. Der persönliche Eindruck des Klägers und die Augenscheinseinnahme bilden eine wesentliche, wenn nicht manchmal die wichtigste Grundlage des Richterspruches, und gerade hierin hat das harte Schicksal den Blinden ihre Mitwirkung abgeschnitten. Trotzdem die §§ 11, 12 der VO. v. 18. 2. 19 diesen Punkt nicht erwähnen, muß man aus diesen Gründen wohl den Blinden die Fähigkeit zum Richteramt absprechen und ihre Bestellung für unwirksam halten. Es mag das den ihre Mitwirkung erstrebenden Blinden hart erscheinen, in erster Linie steht aber das Interesse der versorgungsberechtigten Kläger, die eine erschöpfende Beurteilung ihres Zustandes durch alle Richter mit Recht beanspruchen dürfen. Aus den gleichen Gründen können demnach auch nicht solche Personen bestellt werden, die den Verlust ihres Gehörs zu beklagen haben.

Noch auf einen weiteren im Gesetze nicht geregelten Punkt möchte ich hier hinweisen. Die Hauptfürsorgeorganisationen und die Verbände werden vernünftigerweise solche Personen auswählen, die sich als Richter besonders eignen, die also auf dem gesetzlichen Gebiete schon über einige Kenntnis verfügen. Infolgedessen kommen besonders diejenigen in Frage, die in den Beratungsstellen tätig sind, und so kann es vorkommen, daß der, der einem Kläger bereits Rat erteilt hat, nachher in derselben Sache als Richter mitsitzt. Das bringt ihn naturgemäß in einen gewissen Zwiespalt, er ist ganz unzweifelhaft befangen.

Wenn sich aus der Berufungsschrift ergibt, daß er den Rat erteilt und die Schrift verfaßt hat, oder wenn er pflichtgemäß diesen Sachverhalt angibt, so muß nach allgemeinen gesetzlichen Grundsätzen auch ohne Sonderregelung für die Militärversorgungsgerichte ein Ausscheiden dieses Richters die Folge sein. Denn niemand kann in der Sache Richter sein, in der er bereits Parteivertreter oder Parteiberater war. Da sich die versorgungsberechtigten Beisitzer über diesen wichtigen Grundsatz nicht immer klar sein werden, halte ich es für erforderlich, oder zum mindesten zweckmäßig, daß der Vorsitzende in der Sitzung oder doch bei der ersten Verpflichtung die Richter hierüber belehrt und ihnen die Anzeige derartiger Ausschließungsgründe zur Pflicht macht.

Das Auftreten von bestellten Beisitzern in anderen Sitzungen vor dem Versorgungsgericht als Bevollmächtigte oder Beistände des Klägers ist an sich nicht gesetzeswidrig, erwünscht ist es aber wegen der richterlichen Stellung nicht. Es wird sich auch unschwer vermeiden lassen.

Der militärische Beisitzer wird von der obersten Militärverwaltungsbehörde bestellt (§ 7 der VO. v. 18. 2. 19). Diese Bestimmung nennt in sehr unschöner Weise diese Beisitzer „Vertreter der Militärverwaltung"; sie sollen aber nicht die Militärverwaltung vertreten, sie sind keine Parteivertreter, sondern sie müssen objektiv urteilen und richten. Sie haben, ebenso wie die richterlichen Beisitzer, dieselbe Aufgabe, nämlich weder nach rechts noch nach links zu sehen, sondern unparteiisch zu richten, genau so wie die versorgungsberechtigten Beisitzer. Der Wortlaut der genannten Bestimmung ist daher nur beklagenswert, noch beklagenswerter ist aber die daraus folgerichtig gezogene Bestimmung der Ausführungsbestimmungen des ehemaligen Kriegsministeriums v. 27. 2. 1919 zu Artikel II § 3. Hiernach sollen nämlich die militärischen Beisitzer aus den Offizieren und Beamten des zuständigen Versorgungsamtes, oder der Versorgungsstelle, oder sonstigen Offizieren (Stabsoffiziere oder Hauptleute), oder Beamten der Garnison vorgeschlagen werden. Gegen letztere ist nichts einzuwenden, dagegen sind Offiziere und Beamte der Versorgungsämter und -stellen m. E. zum Richteramt in den Militärversorgungsgerichten nicht geeignet.

Das Gesetz enthält darüber allerdings nichts, im Gegenteil, der oben erwähnte Ausdruck „Vertreter der Militärverwaltung" hat offenbar das Kriegsministerium zu dieser unglücklichen Regelung veranlaßt. Aber dieselben oben erörterten Grundsätze, die einen Versorgungsberechtigten als ungeeignet erscheinen lassen, wenn er als Parteiberater oder -vertreter mit der Sache bereits befaßt war, müssen auch einen Offizier oder Beamten der entscheidenden Stellen im Verwaltungsverfahren, der mit der vom Gerichte zu entscheidenden Sache bereits vorher befaßt war, als befangen und vom Richteramt ausgeschlossen erscheinen lassen. Ist das der Fall, so kann dieser Beisitzer nicht mit urteilen, die Sache muß vertagt werden.

Aber auch abgesehen hiervon ist überhaupt die Mitwirkung der Angestellten der Verwaltungsbehörden eine höchst fragwürdige Regelung. Selbst, wo sie persönlich nicht mitgewirkt haben, müssen sie doch gerade wegen ihrer Amtsstellung und des damit verbundenen Einflusses ihrer Behörde auf sie, wegen ihrer gemeinschaftlichen Auffassung über die Rechtsprechung dieser Behörde als höchst ungeeignet zum Richter an dem im Rechtszug übergeordneten Gerichte bezeichnet werden. Es widerspricht eben allen bisherigen Grundsätzen, daß dieselbe Person zwei Instanzen in derselben Streitsache angehört, auch dann, wenn er nur in einer Sache mitwirkt.

Ich vertrete daher die Ansicht, daß einmal eine Mitwirkung im Verwaltungsverfahren, sei es auch nicht in der Entscheidung, eine Richtertätigkeit in derselben Sache ausschließt, darüber hinaus aber, daß überhaupt die Offiziere und Beamten der Versorgungsverwaltungsbehörden zu Richtern der Spruchbehörden nicht bestellt werden sollten, daß also die genannte Bestimmung des Kriegsministeriums abzuändern ist. Man wende nicht dagegen ein, daß gerade die Offiziere und Beamten der Versorgungsstellen und nur sie für dieses Richteramt infolge ihrer

Ausbildung auf dem Gebiete des Militärversorgungswesens besonders geeignet seien; Kenntnis der Gesetze und ihrer Auslegung, insbesondere auch der formalen Vorschriften wird im Gerichtskörper durch die beiden berufsmäßigen Richter hinlänglich gesichert, ein unbefangenes, natürliches Urteil ist bei allen Richtern notwendig, und der Offizier oder militärische Beamte, der nicht einer Versorgungsbehörde angehört, wird bei geeigneter Auswahl gerade so geeignet sein, wie die versorgungsberechtigten Beisitzer; der Angehörige einer Versorgungsbehörde wird aber der Entscheidung seiner Behörde gegenüber nicht die nötige Unvoreingenommenheit haben.

Das Ansehen und das Zutrauen zur Objektivität der Militärversorgungsgerichte kann bei dieser Besetzung nicht in Gefahr sein, durch eine andere unvoreingenommene Besetzung kann diesem Mangel unschwer abgeholfen werden

Landrichter Breme in Münster i. W.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Abänderung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge.

Das angekündigte Abänderungsgesetz ist von den gesetzgebenden Körperschaften verabschiedet, aber in dem Zeitpunkt, wo dieses Heft abgeschlossen ist, im Reichsgesetzblatt noch nicht veröffentlicht. Wir werden das Gesetz im nächsten Heft bringen (vorausgesetzt, daß es bis dahin im RGBl. erschienen ist) und zugleich einen Aufsatz des Wirklichen Geheimen Oberregierungsrats Dr. Franz Hoffmann über das neue Gesetz veröffentlichen.

Zur neuen Festsetzung der Versicherungsgrenze in der Krankenversicherung.

Entsprechend unserer Ankündigung im Heft 12 S. 229 ist in der Nationalversammlung ein Antrag auf Aufhebung der Verordnung vom 1. 4. 20 eingebracht und am 23. 4. 20 verhandelt worden. Er wurde gegen die Stimmen der beiden sozialdemokratischen Parteien angenommen. Hierauf hat die Regierung alsbald dem Reichsrat eine neue Verordnung vorgelegt, worin die Gehaltsgrenze von 12 000 ℳ wieder eingeführt und eine Begrenzung für den Grundlohn auf 24 bis 30 ℳ festgesetzt wird. Ministerialdirektor Schäffer befürwortete die Annahme dieser Verordnung, die ja materiell der Auffassung des Reichsrats entspräche, der seinerzeit nur mit schweren Bedenken dem Beschluß des Ausschusses der Nationalversammlung zugestimmt habe. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Verordnung ist auf den 3. Mai festgesetzt, während die neue Begrenzung des Grundlohns vom 27. April ab Geltung haben soll. Der Reichsrat nahm die Regierungsvorlage an.

Die Ärzte werden, was wir begreiflich finden, sich auch mit der neuen Verordnung nicht leicht abfinden. In einer Aussprache zwischen Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen erklärten sich die Krankenkassen bereit, über die Neuordnung der kassenärztlichen Verhältnisse mit Rücksicht auf die Änderung der Versicherungsgesetzgebung zu verhandeln. Die Ärztevertreter ließen keinen Zweifel darüber, daß sie auf einer Beratung über neue Verträge auch dann bestehen würden, wenn die Verordnung, betreffend Erhöhung der Versicherungsgrenze, aufgehoben würde, da das Mißverhältnis zwischen den gegenwärtigen kassenärztlichen Honoraren und der Geldentwertung die bisherigen Abmachungen unhaltbar gestaltet habe.

Aus den interessanten Verhandlungen der Nationalversammlung über den eingangs erwähnten Antrag teilen wir folgendes mit:

Abg. Bartschat (Dem.): Der 6. Ausschuß hat mit mehr Fixigkeit als Richtigkeit gearbeitet. In der Verordnung war nur die Erweiterung der Krankenversicherungspflicht bis zum Einkommen von 12 000 ℳ vorgesehen, der Ausschuß ist aber bis zu 20 000 ℳ gegangen. Selbst die Krankenkassen sind dazu nicht geneigt. Die Angestellten mit einem Einkommen über 12 000 ℳ sind in der Lage, ihre Arztkosten selber zu bezahlen. (Sehr richtig!) Da 8 v. H. des Einkommens als Krankenkassenbeitrag in der höchsten Stufe erhoben werden, so sind beim Einkommen von 20 000 ℳ 1600 ℳ Versicherungsbeitrag zu zahlen. Das ist selbst bei diesem Einkommen eine kolossale Belastung. Dadurch wird ferner die freie Tätigkeit der Ärzte vollkommen lahmgelegt. Es liegt im Interesse der Volksgesundheit, daß der Ärztestand nicht noch weiter proletarisiert wird. Wir bitten deshalb um Annahme des Antrages.

Abg. Molkenbuhr (Soz.): Der Versicherung darf nicht, wie bisher, der Grundlohn zugrunde gelegt werden, sondern der wirklich verdiente Lohn, die Kassen können nicht mehr das leisten, wozu sie verpflichtet sind, Krankengeld, Arzt und Apotheker sind nicht die einzigen Leistungen der Kasse. In den Krankenhäusern beträgt das tägliche Pflegegeld heute schon in der III. Klasse vielfach 12 ℳ. Von den Ärzten kommen die eigenartigsten Notschreie, ein Beweis, daß die Herren keine Ahnung von der wirklichen Lage haben. Sie behaupten, neun Zehntel ihrer Privatpraxis ginge ihnen verloren. In erster Linie wird es sich bei der Ausdehnung der Versicherungspflicht um die Werkmeister, die technischen Beamten, Handlungsgehilfen, Lehrer und Erzieher handeln. Im ganzen werden in Zukunft etwa 25 000 Versicherungspflichtige in Frage kommen, auf die gesamte ärztliche Praxis wird das nur wenig Einfluß haben. In Friedenszeiten war die Gehaltsgrenze für die Krankenversicherungspflicht 2400 ℳ, d. h. in Goldwährung umgerechnet müßte dann heute die Gehaltsgrenze auf 25 000 ℳ festgesetzt werden. Die Befürchtung, daß die Arbeiter simulieren würden, hege ich nicht. Nach meiner Erfahrung kommt es viel häufiger vor, daß kranke Arbeiter Gesundheit simulieren, als Gesunde Krankheit. Ich bitte, den Antrag Bartschat abzulehnen.

Abg. Behrens (D. Nat.): Würde Abg. Molkenbuhr im Krankenversicherungswesen praktisch tätig sein, so würde er seinen Optimismus hinsichtlich der Simulation aufgeben. Die Menschen sind nicht so ideal, die Kasseneinrichtungen als Nothilfseinrichtungen anzusehen. Wir dürfen den Versicherten nicht den Anreiz zu unberechtigter Benutzung der Kasseneinrichtungen geben. Die Verordnung hätte nicht dem 6. Ausschuß übergeben werden sollen, in dem nur Wirtschaftspolitiker tätig sind, sondern dem 7., dem sozialen Ausschuß, dieser würde die ganz unmögliche Verordnung nicht angenommen haben. (Sehr richtig!) Sie muß zum Ruin unserer ganzen Krankenkasseneinrichtungen führen. (Sehr richtig! rechts.). Es geht nicht an, daß 700 bis 800 ℳ, von

denen zwei Drittel der Arbeitnehmer zu bezahlen hat, jährlich allein an Krankenkassenbeiträgen zu zahlen sind, das übersteigt die Kraft der Arbeiter und belastet unser gesamtes Wirtschaftsleben ungeheuer. Die Verordnung darf nur das Allernotwendigste bringen, der Antrag Bartschat ist durchaus berechtigt. Über die Arztfrage ist der Abg. Molkenbuhr leicht hinweggegangen.

Abg. Becker-Arnsberg (Zentr.): Wären Sozialpolitiker bei der Vorberatung der Verordnung tätig gewesen, der vorliegende Beschluß wäre nicht zustande gekommen. (Sehr richtig!) Die 20 000-M-Grenze entspricht nicht den Wünschen der Angestellten. Quälen Sie doch nicht die Menschen mit Wohltaten. Dieser Beschluß ist ein Schritt auf dem Wege zur allgemeinen Volksversicherung, und den machen wir nicht mit. Wer den Streit mit den Ärzten hat durchfechten müssen, ist sich klar darüber, daß es bei einer Versicherungsgrenze von 20 000 M einfach undenkbar sein wird, mit den Ärzten zu Verträgen zu kommen. Im Dezember ist es noch mit vieler Mühe gelungen, einen Tarifvertrag mit ihnen zustande zu bringen. Ein namhafter sozialdemokratischer Arzt sagte mir heute, bei der Volksversicherung müsse das ganze Arztsystem auf eine andere Grundlage gestellt werden. Den freien Arzt will ich im Interesse der wissenschaftlichen Ermittlung nicht missen. Auch die Grundlöhne müssen eine Grenze nach oben haben, letzten Endes ist es keine Wohltat mehr, wenn der Versicherte 1000 M für die Krankenkasse bezahlen muß; schließlich kommt noch die Familienversicherung hinzu. Heutzutage spielen wir ja mit Milliarden, wo bleibt da aber schließlich der Verstand? (Sehr wahr! rechts und im Zentrum.) Die Angestellten müssen auch noch die Invalidenversicherung bezahlen, dann kommt die Arbeitslosenversicherung. Niemand wird aber in Zukunft die Arbeitslosenunterstützung in Anspruch nehmen, sondern in Zeiten der Arbeitslosigkeit wird sich jeder vom Rheumatismus heilen lassen. Würde, wie Abg. Molkenbuhr es darstellt, nicht mit Simulantentum zu rechnen sein, weshalb hat man dann die ärztliche Nachuntersuchungskommission eingerichtet? Zu den Leistungen des einzelnen kommen noch die außerordentlich hohen Steuerlasten, ein Mann mit 20 000 M Einkommen muß 4000 M Steuern bezahlen, ungerechnet die neuen Steuern, die wir noch schaffen müssen; die Gewerkschaften, die Parteien und sonstige Vereinigungen verlangen auch ihre Beiträge. Es ist notwendig, daß diese Verordnung aufgehoben und eine neue geschaffen wird. Den Grundlohn muß man dabei allerdings von 15 auf 20 M erhöhen. Der Theorie zu Liebe dürfen wir die Volksversicherung nicht einführen.

Abg. Dr. Most (D. V.): Diese Verordnung würde den Ruin der Krankenkassen bedeuten, mit den Ärzten würde ein Tarifvertrag nicht zustande zu bringen sein, sonst wäre es mit dem selbständigen Ärztestand zu Ende. (Sehr richtig!) Diese Verordnung würde nichts weniger als die Sozialisierung des Ärztestandes und damit die Ausschaltung eines der wichtigsten freien Berufe bedeuten. (Sehr richtig!) Wir lehnen die Sozialisierung der freien Berufe ab. Diese Verordnung hat in der Bevölkerung große Entrüstung ausgelöst, die Proteste der Angestelltenorganisationen müssen berücksichtigt werden. Wir haben schon am 25. November v. J. einen Antrag gestellt auf Abänderung und Ergänzung des Versicherungsgesetzes für Angestellte, mit wesentlicher Erhöhung der Jahresverdienstgrenze und der Versicherungsleistungen. Wie in der Arbeiterversicherung, muß auch hier den veränderten Verhältnissen Rechnung getragen werden. Die Privatangestelltenversicherung muß auf Grund der Selbstverwaltung ausgebaut werden.

Abg. Brühl (U. Soz.): Diese wichtige Verordnung wollte man gestern ohne jede Debatte erledigen. Man muß diese Methode an den Pranger stellen, da es sich um die wichtigste Frage für die Arbeiterschaft handelt. Abg. Behrens hätte seinerzeit gut getan, für die Beseitigung der Betriebskrankenkassen einzutreten, die den Ortskrankenkassen die Mitglieder nehmen. Da zeigt sich, daß für Sie ausschlaggebend ist, auf den Profit der Arbeitgeber Rücksicht zu nehmen. Die Leistungen der Kassen müssen den wirklichen Löhnen entsprechen. Die Kassen sind vielfach gezwungen, die Patienten in Privatkliniken unterzubringen, wo 14 bis 15 M Tagessätze zu zahlen sind. Diese Kosten können die Kassen gar nicht tragen. Die Kassen müssen zu wirklichen sozialen Einrichtungen ausgebaut werden. Gerade die bessersituierten Arbeiter müssen vermöge ihrer hohen Leistungen zum Ausgleich der Beiträge der minderbemittelten Arbeiter herangezogen werden. (Hört, hört!) Die Kassen dürfen sich nicht erst des Kranken annehmen, wenn er umfällt, sondern noch rechtzeitig durch Vorbeugung bei Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten usw. eingreifen, sie müssen Erholungs- und Genesungsheime schaffen, damit der Arbeiter rechtzeitig sein Leiden heilen kann. Die Verordnung bedeutet einen wesentlichen Fortschritt. Den Antrag Bartschat lehnen wir ab. Warten Sie doch zunächst einmal die Wirkung dieser Verordnung ab. Der neue Reichstag wird eine gründliche Reform der RVO. vornehmen müssen.

Abg. Molkenbuhr (Soz.): Die Ärzteschaft wird durch die Verordnung nicht geschädigt, das Gegenteil dürfte der Fall sein. Wird dem Antrag Bartschat entsprochen, so wird das Gesetz alsbald wieder geändert werden müssen.

Ein Merkblatt über die wichtigsten Verfahrensvorschriften der Reichsversicherungsordnung

hat der Direktor des Oberversicherungsamts Frankfurt a. O. für die Versicherungsämter seines Bezirks zusammengestellt. Bestimmend war die Beobachtung, daß bei den Versicherungsämtern vielfach Unklarheit über die wichtigsten Verfahrensvorschriften besteht und daß dadurch die Rechtsprechung verzögert und erschwert wird. Das Merkblatt behandelt, unter Heranziehung der maßgebenden Vorschriften und einzelner besonders wichtiger Entscheidungen, folgende Punkte: I. Beschleunigung des Verfahrens; II. Verpflichtung der Versicherungsämter zur Aufklärung des Sach- und Rechtsverhältnisses (Offizialmaxime); III. Grenzen der freien Beweiswürdigung; IV. Öffentlichkeit und Mündlichkeit des Verfahrens; V. Form der Entscheidung; VI. Inhalt der Entscheidung; VII. Niederschrift; VIII. Entscheidende Stelle; IX. Zulässigkeit von Vorentscheidungen; X. Beweisaufnahme; XI. Übersendung der Akten, Vorverhandlungen und Abschriften an das Oberversicherungsamt; XII. Prüfung der Satzungen der Krankenkassen; XIII. Geschäftsbericht; XIV. Verfahren bei Bestrafungen gemäß § 530 RVO.

Ein alphabetisches Wortverzeichnis bildet den Schluß. Die sachgemäß und sorgfältig gestaltete Arbeit rechtfertigt die Hoffnung ihres Urhebers, daß das Merkblatt den Versicherungsämtern die Arbeit erleichtern und dem Vorkommen erheblicherer prozessualer Mängel vorbeugen werde.

Ein Beitrag zum angekündigten Gesetzentwurf über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

So benennt Herr Arthur Bergmann, Abteilungsvorsteher der Allgem. Ortskrankenkasse zu Breslau, eine Zuschrift an uns, der er eine von ihm verfaßte Denkschrift beifügt: „Die Arztfrage im Lichte der sozialen Medizin und Gesundheitspflege. Ein Weckruf an das deutsche Volk." Wir nehmen vom Abdruck der Zuschrift Abstand, weil sie unseres Erachtens unzulässige und bedauerliche Verallgemeinerungen enthält. Bedauerlich sind sie besonders auch gerade deshalb, weil sie dem vom Verfasser mit der Zuschrift und der Denkschrift verfolgten Zwecke entgegenzuwirken geeignet sind. Denn die Leidenschaftlichkeit des Vortrags wird manchem Leser Zweifel an der Sachlichkeit der Absicht und des tatsächlichen Vorbringens des Verfassers nahe legen. In Wahrheit aber bringt er beachtenswertes, sorgfältig gesammeltes Material aus eigener Erfahrung und aus der Literatur bei, in der unverkennbar ernsten und warmherzigen Besorgnis um das Volkswohl und in der ehrlichen Absicht, den schweren, für die Nation lebenswichtigen Kampf gegen die Volksseuchen, besonders gegen die Geschlechtskrankheiten, zu fördern. Was er will, läuft auf eine radikale „Sozialisierung" der ärztlichen Fürsorge hinaus. Die Stellung des Arztes als freier Gewerbetreibender sei unhaltbar geworden. Sie widerstrebe dem Wohle des Staates, der Gesellschaft und des einzelnen. Die Volksgesundheit sei das größte Nationalgut, die Arztfrage somit eine Angelegenheit des Volkes; Gesundheits- und Krankenpflege müßten vom Staat, von den Provinzen, von den Gemeinden ausgeübt werden. Nur so werde es möglich sein, den tödlichen Seuchen beizukommen; dann würden für die Ärzteschaft die Tage des Ruhmes beginnen. Und in der Denkschrift heißt es, daß nach dem Willen der sich unaufhaltsam vollziehenden sozialen Bewegung die ärztliche Behandlung, die Geburtshilfe und die Totenbestattung in allen Fällen unentgeltlich zu gewähren seien; nebenher bleibe noch Raum genug für eine freie Betätigung des ärztlichen Gewerbes.

Dies alles ist nicht ganz neu, nicht ganz so einfach und nicht ganz so unanfechtbar, wie der Verfasser wohl meint. Immerhin kann die Schrift wegen der Wichtigkeit ihres Gegenstandes und des interessanten Materials, das sie enthält, zum Lesen empfohlen werden — falls sie nämlich zu haben ist. Darüber ist nichts zu ersehen. In einem einleitenden Abschnitt erklärt der Verfasser, weshalb er „diese Schrift ins Kampfgetose werfe", aber er verrät nicht, wo man sie erhalten kann, und ihr äußeres, sogar goldverziertes Gewand läßt sie als einen Privatdruck erscheinen. Gewidmet ist sie dem Oberbürgermeister Dr. Wagner in Breslau, gedruckt bei Linke & Richter daselbst.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

a) Unzulässige Sonderbelastung einzelner Versicherter mit Familienangehörigen. b) Fortzahlung der Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. trotz Weiterversicherung.

1. Nach Greven. Antwort: a) Aus §§ 380 ff. RVO. ergibt sich, daß die Kassenbeiträge grundsätzlich in einem bestimmten Prozentsatz des Grundlohns festzusetzen sind, so daß sie alle Mitglieder (und soweit es sich um Versicherungspflichtige handelt, deren Arbeitgeber) verhältnismäßig gleich belasten. Hieraus und besonders auch aus § 385 Abs. 2 ist zu entnehmen, daß — abgesehen von den im § 384 zugelassenen Ausnahmen — die Kasse keinen Versicherten zu einer Beitragsleistung für einen besonderen Zweck heranziehen darf. Auch für die Familienhilfe dürfen daher nur allgemein festzusetzende Zusatzbeiträge „von den Versicherten mit Familienangehörigen", d. h. von allen solchen Versicherten gemäß § 384 Abs. 2 erhoben werden. Nicht aber ist es statthaft, zu bestimmen, daß „für jeden Familienkrankenschein" 1 M zu zahlen ist; denn eine solche Bestimmung belastet, im Widerspruch mit § 384 Abs. 2 und mit dem Versicherungsgedanken, nicht die Versicherten mit Familienangehörigen allgemein, sondern nur diejenigen, bei denen ein Versicherungsfall tatsächlich eintritt.

b) Der vermeintliche Widerspruch zwischen unserer Auskunft im Jahrgang 1916 S. 47 Ziff. 2 und der Auskunft in 1919 Heft 35 S. 697 Ziff. 4b besteht nicht. Im ersten Falle hatte sich der bisher Versicherungspflichtige selbst weiterversichert, und der Arbeitgeber hatte sich, sogar trotz Aufforderung der Kasse zur Abmeldung, um den Fall gar nicht gekümmert. Im zweiten Falle dagegen hat der Arbeitgeber die Beiträge „im Auftrage des entlassenen Versicherungspflichtigen zum Zwecke der Weiterversicherung" entrichtet. Hierdurch hat er, wie wir wenigstens den Tatbestand aufgefaßt haben, das Ausscheiden des Versicherungspflichtigen hinreichend klar zur Kenntnis der Kasse gebracht, so daß sie danach ihre Listen oder Karten berichtigen konnte. Wenn sie hierzu etwa doch noch einer näheren Angabe bedurfte, so konnte sie bei dem Arbeitgeber anfragen. Das starre Bestehen auf einer förmlichen „Abmeldung", die doch nicht Selbstzweck ist, ist in Fällen solcher Art unangebracht. Anders liegt selbstverständlich wieder der uns jetzt unterbreitete Fall, in welchem der Arbeitgeber lediglich die Beiträge für die aus dem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis Ausgeschiedenen weiterzahlte, als ob sich nichts ereignet hätte, und der wahre Sachverhalt erst gelegentlich der Niederkunft der Versicherten, über sieben Monate nach ihrem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht, an den Tag kam. Hier ist nicht zweifelhaft, daß der Arbeitgeber seiner Abmeldepflicht nicht genügt hat und daß er daher zur Fortzahlung der Beiträge auf Grund des § 397 Abs. 1 RVO. verpflichtet war. Eine andere Frage aber ist die, ob die Kasse befugt ist, die tatsächlich bereits weitergezahlten Beiträge auf die Schuld des Arbeitgebers aus § 397 Abs. 1 zu verrechnen und infolgedessen die Weiterversicherung als nicht bewirkt anzusehen und die Gewährung von Wochenhilfe abzulehnen. Die Rechtsprechung geht dahin, daß, wenn nur die Beiträge mit dem allgemeinen Ver-

sicherungswillen gezahlt sind, sie als für den wirksamen Zweck gezahlt gelten, wenngleich der Zahlende einen anderen Zweck im Auge gehabt haben mag (zu vgl. Entsch. des Preuß. ObVerwGer. in ArbVers. 1901 S. 343 und RVA. v. 15. 10. 17 in Entsch. u. Mitt. Bd. 9 S. 122). Die Weiterzahlung der Beiträge durch den Arbeitgeber konnte daher die Wirkung der Weiterversicherung haben, sofern nur die erste Zahlung in der Dreiwochenfrist des § 313 erfolgt. War dies der Fall, so steht es der Kasse nicht zu, die tatsächlich zum Zwecke der Versicherung geleisteten Beiträge als Verzugsbeiträge aus § 397 Abs. 1 einzubehalten, die Weiterversicherung nicht gelten zu lassen und die Kassenleistungen aus Anlaß der Niederkunft abzulehnen; sondern sie kann lediglich die aus einem ganz anderen Grunde (§ 397 Abs. 1) vom Arbeitgeber noch bis zur Abmeldung fortzuzahlenden Beiträge fordern. Ist aber die erste Beitragszahlung nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht nicht binnen drei Wochen erfolgt, so war das Recht der Weiterversicherung verwirkt; die Kasse kann die Leistungen für die Wöchnerin ablehnen und die Beiträge als auf Grund des § 397 Abs. 1 gezahlt behandeln, also behalten (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 200, auch RVA. daselbst S. 327). Die Wöchnerin muß sich, wenn sie die Beiträge dem Arbeitgeber erstattet hat, wegen der Rückforderung an ihn halten.

a) **Versicherungsberechtigung von Familienangehörigen (§ 176 Ziff. 2 RVO.).** b) **Der Vorstand kann eine Satzungsbestimmung hinsichtlich der Beitragszeiten nicht ändern.**

2. **Nach Sch.** Fragen: a) Eine Landwirtsehefrau hat auf Grund § 176 RVO. Abs. 1 Ziff. 2 Antrag auf freiwilligen Beitritt zur Kasse gestellt. Der Grundbesitz des Ehemanns beträgt etwa 10 Tagwerk. In § 176 RVO. Abs. 1 Ziff. 2 heißt es doch: „Familienangehörige des Arbeitgebers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betriebe tätig sind." Der Ehemann der Antragstellerin hat bisher noch keine Personen beschäftigt. Kann er danach als Arbeitgeber im Sinne des oben angeführten Paragraphen gelten? Unseres Erachtens gilt nur derjenige als Arbeitgeber, welcher Versicherungspflichtige beschäftigt. Ferner glauben wir den Antrag ablehnen zu können, da doch nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch die Ehefrau verpflichtet ist, Arbeiten im Hauswesen und im Geschäft des Ehemannes zu verrichten.

b) Bei unserer Kasse werden die Beiträge monatlich eingehoben, und zwar im 1. und 2. Monat jedes Vierteljahres 4 Wochen und im 3. Monat 5 Wochen. Dies wären im ganzen Jahre 52 Wochen = 364 Tage. Das Jahr zählt aber 365 Tage. Es muß also die Kasse alle Jahre einen Tag einbüßen, das sind in 7 Jahren 7 Tage oder eine Woche. Ist der Vorstand der Kasse berechtigt, zu beschließen, daß diese bisher eingebüßten Tage = eine Woche im Jahre 1919 bzw. 1920 nachträglich eingehoben werden oder besser ausgedrückt, daß im Jahre 1920 statt wie bisher 52 Wochen nun 53 Wochen eingehoben werden. Ich meine, daß unserer Kasse durch diese Einhebung der Beiträge noch keinen Tag verloren gegangen ist; denn wenn am Jahresschlusse bzw. wenn nach der Beitragseinhebung für Dezember die letzte Woche des Dezember am 27. Dezember abläuft, werden doch die übrigen 4 Tage des Dezember auf das Jahr 1920 übertragen.

Antwort: a) Im ersten Punkt sind Sie im Irrtum. Der Zweck und die Bedeutung des § 176 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. bestehen ja gerade darin, dem Versicherungsbedürfnis solcher Familienangehörigen zu genügen, die ohne eigentliches, insbesondere entgeltliches Beschäftigungsverhältnis, sondern lediglich auf Grund des Familienverhältnisses und namentlich auf Grund einer familienrechtlichen Pflicht zur Unterstützung des Unternehmers sich in dessen Betriebe betätigen — wie dies bei der Beratung in der Kommission (Ber. S. 265, 266 zu § 171 des Entw. der RVO.) besonders hervorgehoben wurde (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 159 RVO.).

b) Im zweiten Punkt ergibt sich gegen Ihre Auffassung allerdings das Bedenken, daß bei dieser Auffassung schließlich nach Ablauf von 6 Jahren, bei Berücksichtigung des Schaltjahres, sieben durch Beiträge nicht gedeckte Tage auf das folgende Jahr zu übernehmen sein würden, so daß im ersten Vierteljahre der Beitrag nur einmal für 4 Wochen und zweimal für 5 Wochen erhoben werden müßte, was diejenigen Arbeitgeber und Versicherten benachteiligen würde, welche nicht schon während der abgelaufenen 6 Jahre der Kasse angehört und folglich an der bisherigen Freilassung von sieben Tagen teilgenommen haben. Allein das beweist nur, daß die Satzungsbestimmung, so wie sie lautet, überhaupt nicht zu Recht besteht und geändert werden muß. Nicht aber steht dem Vorstande das Recht zu, Abhilfe dadurch zu schaffen, daß er im Widerspruch mit der Satzung beschließt, im Jahre 1920 Beiträge für 53 Wochen zu erheben, während das Jahr doch nur 52 Wochen und 2 Tage hat. Die Höhe der Beiträge und die Zahlungszeit sind ausschließlich durch die Satzung zu regeln (§ 321 Ziff. 3, § 393 RVO.).

Kein Ersatzanspruch der Kasse aus § 1542 RVO. gegen einen Dritten wegen Verletzung des Kindes eines Versicherten.

3. **Nach Stettin.** Frage: Durch Schuld der Straßeneisenbahngesellschaft ist das Kind eines unserer Mitglieder verletzt worden. Auf Grund unserer satzungsmäßigen Familienhilfe fällt uns das Heilverfahren für einige Zeit zur Last. Nach der Entsch. in ArbVers. 1917 S. 591 ständen uns Ersatzansprüche auf Grund des § 1542 RVO. nicht zu, da nicht der Versicherte selbst verletzt ist. Demgegenüber möchten wir annehmen, daß unter den Begriff der „nach diesem Gesetz Versicherten" (§ 1542) auch die Personen fallen, die im Bereich der Familienhilfe stehen, weil doch die Beiträge des Versicherten zur Erfüllung der Gegenleistung, bei Familienhilfe die höheren Beiträge zur Erfüllung der höheren Gegenleistung dienen sollen. Kann übrigens nicht der Anspruch direkt aus § 823 BGB. hergeleitet werden, da durch die Schuld eines anderen „das Eigentum" der Kasse widerrechtlich verletzt worden ist?

Antwort: Das Reichsversicherungsamt hat die Ansicht, daß bei der Familienhilfe die Angehörigen des Mitgliedes als die „Versicherten" anzusehen seien, verworfen (ArbVers. 1918 S. 550). Hiernach ist der erste Ihrer beiden Gründe für die Inanspruchnahme der Straßenbahngesellschaft hinfällig. Der zweite Grund ist völlig unhaltbar. Verletzt im Sinne des § 823 BGB. ist nicht das Eigentum der Kasse, d. h. irgendeine ihr gehörige Sache oder ein sonstiges Recht der Kasse, sondern lediglich das körperlich beschädigte Kind. Der mittelbare Schaden, den die Kasse infolge davon hat, begründet also keinen unmittelbaren Anspruch der Kasse gegen die Straßenbahngesellschaft.

Versicherungspflichtige Beschäftigung selbständiger Meister gegen Lohn?

4. **Nach Beuel.** Frage: Die hiesige Gemeindebehörde bestellte im Auftrag der Besatzungs-

behörden Handwerker, die für die Besatzungstruppen Arbeiten auszuführen hatten. Diese Leute erhielten einen Stundenlohn bis 2,50 *M*. Auf eine durch die Besatzungsbehörden ausgestellte Bescheinigung, welche die Anzahl der Tage und Stunden enthielt, erhielten die Beschäftigten die Auszahlung der Löhne durch die Gemeinde. Unter diesen Beschäftigten befanden sich auch Handwerksmeister, die vor ihrer Beschäftigung bei den Truppen selbständige Handwerker waren. Die Gemeinde meldete die Beschäftigten mit Ausnahme dieser Handwerksmeister zur Krankenkasse an; die Versicherungspflicht der Handwerksmeister bestreitet sie. Die hiesige Kasse steht auf dem Standpunkt, daß auch diese Meister krankenversicherungspflichtig sind. Mehrere von diesen haben seit Juni d. J. ununterbrochen, die übrigen vorwiegend für die Truppen gearbeitet. Die Beschäftigung fand statt teils in dazu hergerichteten Räumen, teils in der Wohnung der Handwerker. Sämtliche Beschäftigten waren in der Art der Entlöhnung gleich. Es handelt sich um Schneider, Schuster und Sattler. Wie ist die Rechtslage?

Antwort: Wir halten zunächst nach den Umständen für zweifelsfrei, daß die Gemeinde als Arbeitgeberin anzusehen ist, weil sie offenbar nicht nur der Besatzungsbehörde Arbeiter beschafft, die von dieser Stelle anzuweisen, zu beaufsichtigen und zu entlohnen wären, sondern weil die Gemeinde vielmehr es übernommen hat, gewisse Bedürfnisse der Besatzungsbehörde durch Annahme von Arbeitern, die für Rechnung der Gemeinde arbeiten, zu befriedigen. Unter diesen Arbeitern ist nach den dargelegten Umständen kein Unterschied zu machen zwischen denen, die sonst als selbständige Meister ein Gewerbe ausüben, und den unselbständigen Handwerksgehilfen. Es ist anerkannt, daß auch selbständige Gewerbetreibende nach § 165 RVO. versicherungspflichtig werden, wenn sie die sonst selbständig ausgeübte Beschäftigung aus irgendwelchen Gründen, insbesondere unter dem Zwange wirtschaftlicher Verhältnisse, wie sie besonders der Krieg vielfältig geschaffen hat, nur mehr nach Art von Gehilfen oder Arbeitern übernehmen (zu vgl. z. B. Entsch. des RVA. 2040, ArbVers. 1915 S. 514). Daß die Sache hier so liegt, ergibt sich aus den mitgeteilten Umständen, aus den völlig gleichartigen Arbeitsbedingungen der unselbständigen und der sonst selbständigen Arbeiter. Daß von den letzteren einzelne in ihren Wohnungen arbeiteten, macht keinen grundsätzlichen Unterschied. Auch daß einzelne nicht ausschließlich, sondern nur „vorwiegend" für die Truppen, d. h. für deren Bedürfnisse arbeiteten, nötigt nicht zu einer anderen Beurteilung. Denn auch wer ein Gewerbe selbständig betreibt, kann doch zugleich auch Lohnarbeit in seinem Fache übernehmen, wie es hier offenbar der Fall war, weil alle Beschäftigte in gleicher Art von den Weisungen der Gemeinde abhängig waren und für ihre Arbeit Stundenlohn empfingen.

Keine Portofreiheit der Krankenkassen im Verkehr mit Behörden.

5. Nach K. Antwort: Den Krankenkassen steht keinerlei Portofreiheit zu, abgesehen von der beschränkten Portofreiheit in Angelegenheiten der Reichswochenhilfe (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 200, 659, 790). Nehmen in anderen Angelegenheiten die Kassen im Wege der Rechtshilfe Gemeinde- oder Polizeibehörden in Anspruch, so können diese nach § 117 RVO. von den Kassen Erstattung der ihnen erwachsenden Portoauslagen verlangen. Deshalb ist es gerechtfertigt und sachgemäß, wenn diese Behörden die Zuschriften an die Krankenkassen als portopflichtige Dienstsachen unfrei absenden, so daß die Kassen den Portobetrag an die Post statt an die absendende Behörde zahlen.

Ersatzanspruch des Armenverbandes für Leistungen an einen Unfallverletzten, der von der Krankenversicherungspflicht befreit war (§§ 173, 577, 1531 ff. RVO.).

6. Nach Hannover-Hainholz. Antwort: Es trifft zu, daß der Unfallverletzte infolge der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 173 RVO. nicht auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit versichert war, und daß ihm daher nach § 577 RVO. der Unternehmer für die ersten dreizehn Wochen Krankenhilfe zu gewähren hatte. Ist dies nicht geschehen und ist infolgedessen der Verletzte im Wege der Armenpflege im Krankenhause verpflegt worden, so kann der Armenverband dafür nach §§ 1531 ff. von dem Unternehmer, wie sonst von der Krankenkasse, Ersatz verlangen, wenn er den Anspruch spätestens sechs Monate nach Ablauf der Unterstützung bei dem Unternehmer, der hier an Stelle der Krankenkasse steht, angemeldet hatte (§ 1539), wie dies nach Ihrer Angabe „im Oktober 1914" geschehen zu sein scheint. Dem rechtzeitig angemeldeten Anspruch steht auch nicht etwa der Einwand der Verjährung aus § 223 RVO. entgegen. Denn diese kurze Verjährung gilt nur für Ansprüche auf „Kassenleistungen", und solche stehen nicht in Frage, weil ja der Versicherte einen Anspruch gegen die „Krankenkassen" nicht hatte und weil die Leistungen des Unternehmers aus § 577 nur hinsichtlich der prozessualen Geltendmachung nach § 1551, nicht aber in materieller Hinsicht als Leistungen der Krankenversicherung gelten. Der Anspruch auf den Ersatz für diese dem Versicherten vom Armenverbande statt vom Unternehmer gewährten Leistungen verjährt daher erst in der ordentlichen Frist von 30 Jahren.

Anrechnung von Krankengeld auf Gehalt oder Lohn.

7. Nach O. U. Mainz. Antwort: Den Handlungsgehilfen und Lehrlingen darf das Krankengeld auf Gehalt oder Lohn, worauf sie im Falle unverschuldeter Krankheit bis zu sechs Wochen Anspruch haben, nach §§ 63, 76 HGB. überhaupt nicht angerechnet werden. Bei anderen Beschäftigten ist die Anrechnung nach § 133c Abs. 2 Gew. Ordg. und § 616 BGB. zulässig, aber nur, wenn ihnen das Krankengeld „aus einer auf Grund gesetzlicher Verpflichtung bestehenden Kranken- oder Unfallversicherung zukommt", also nicht auch dann, wenn der Beschäftigte sich freiwillig versichert hat und die Beiträge dafür allein aufbringt (zu vgl. die Entsch. in ArbVers. 1911 S. 584).

Bestreitung der Kosten obligatorischer Leichenschau aus dem Sterbegelde (§ 203 RVO.).

8. Nach Nimptsch. Antwort: Wo Pflicht-Leichenschau besteht, mit der Maßgabe, daß eine Leiche erst nach ärztlicher Besichtigung und auf Grund einer hierüber auszustellenden Bescheinigung bestattet werden darf, da gehören die Kosten dieser Besichtigung und Bescheinigung zu den nach § 203 RVO. aus dem Sterbegelde vorweg zu bestreitenden Kosten des Begräbnisses. Daß der Grund für jene Maßnahme ein polizeilicher ist, ändert nichts daran, daß die dadurch entstehenden Kosten notwendig sind, um das Begräbnis überhaupt zu ermöglichen. Richtig ist freilich, daß die Kasse nicht unmittelbar der Behörde oder dem Arzte gegenüber zur Zahlung verpflichtet

ist, sondern nur gegenüber demjenigen, der das Begräbnis besorgt hat (§ 203 Satz 1); aber praktisch wird doch kaum jemals ein Bedenken bestehen können, den Betrag auf Erfordern unmittelbar an die Behörde oder den Arzt zu zahlen und ihn auf das Sterbegeld anzurechnen.

Schweigepflicht der Ärzte und Auskunftspflicht gegenüber der Kasse.

9. Nach Stendal. Frage: Wir bitten um Auskunft darüber, ob die Ärzte verpflichtet sind, den Kassen über die Behandlung geschlechtskranker Kassenmitglieder Nachricht zu geben. Unsere Ärzte lehnen es ab, uns mitzuteilen, welche geschlechtskranken Kassenmitglieder bei ihnen in Behandlung getreten sind. Wie bei einem derartigen Verhalten der Ärzte die Kassen an der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mitwirken sollen, ist uns nicht recht verständlich.

Antwort: Die Kassenärzte und andere Ärzte, die im besonderen Falle die Behandlung von Versicherten für Rechnung der Kasse übernehmen, sind nicht nur berechtigt, sondern auf Grund des Vertragsverhältnisses auch verpflichtet, der Kasse über die Art der Krankheit, insbesondere auch über das Bestehen einer Geschlechtskrankheit, Mitteilung zu machen. Dies haben wir im Jahrg. 1916 S. 671 Ziff. 3 näher begründet. Für Ärzte, welche Kassenmitglieder nicht für Rechnung der Kasse, sondern als Privatpatienten behandeln, läßt sich freilich eine Rechtspflicht zu solchen Mitteilungen nicht begründen, aber eine Berechtigung der Ärzte ist auch in diesem Falle anzunehmen, weil die auf § 300 StrafGB. beruhende grundsätzliche Schweigepflicht des Arztes entfällt, soweit eine sittliche Pflicht — im vorliegenden Falle die Rücksicht auf das Interesse der Gesamtheit, auf die Volksgesundheit — die Mitteilung rechtfertigt.

Kosten der Beförderung eines Verunglückten von der Unfallstelle in seine Wohnung.

10. Nach Ückermünde. Antwort: Der Transport des Verunglückten von der Unfallstelle in seine Wohnung gehört nicht zur Krankenpflege, die Kosten fallen daher nicht der Kasse zur Last. Aber auch vom Arbeitgeber brauchen sie nicht getragen zu werden; denn er haftet nicht, soweit er den Schaden nicht verschuldet hat. Selbst wenn ihn ein Verschulden trifft, entfällt doch beim Vorliegen eines Betriebsunfalls seine Haftung gemäß § 898 RVO., es sei denn, daß strafgerichtlich vorsätzliche Verursachung festgestellt ist. Der Verunglückte hat also die Kosten seiner Beförderung in die Wohnung selbst zu tragen.

Das Recht des Mieters auf die von ihm gesetzten Pflanzen.

11. Nach Soldin. Antwort: Die Kasse ist durch den Kauf des Grundstücks als Vermieterin in den Mietsvertrag eingetreten; an diesem wird im übrigen nichts geändert, so daß der Mieter seine Rechte und seine Pflichten behält. Ihm gegenüber kann sich also die Kasse nicht auf die Vereinbarungen berufen, die sie mit dem Verkäufer getroffen hat (§ 571 BGB.). Da der Mieter den Garten nur für sich angelegt hat, so sind die Bäume und Sträucher nur zu vorübergehendem Zweck, nämlich nur für die Mietzeit, mit dem Grund und Boden verbunden und daher nicht dessen Bestandteile geworden (§ 95 BGB.). Darum sind sie im Eigentum des Mieters verblieben, und er kann sie bei seinem Auszuge mitnehmen (§ 547), muß aber den Garten in seinen früheren Zustand versetzen (§ 258). Unter diesen Umständen konnte der Mieter für das Zurücklassen der Pflanzen nach Belieben Bedingungen stellen. Ging die Kasse darauf nicht ein, so konnte er sein Recht zur Wegnahme ausüben. Ob die Kasse etwa Ansprüche an den Verkäufer hat, z. B. auf Preisminderung, ist nach dem Kaufvertrage zu beurteilen.

Voraussetzungen für die Schließung einer Betriebskrankenkasse.

12. Nach W. Antwort: a) Der Bescheid des Versicherungsamts oder des Oberversicherungsamts ist allerdings nicht sachgemäß. Zwar hat die allgemeine Ortskrankenkasse, obwohl sie an der Frage, ob die Betriebskrankenkasse zu schließen sei, interessiert ist, kein eigentliches Antragsrecht. Denn eines Antrages bedarf es nur, wenn es sich um Vereinigung, Ausscheidung oder Auflösung handelt (§§ 281, 282 RVO.), nicht dagegen, wenn Schließung einer Kasse in Frage steht. Daß eine Betriebskrankenkasse in den Fällen der §§ 273, 274 geschlossen „wird", bedeutet, daß das Verfahren von Amts wegen einzuleiten ist. Die Anregung hierzu kann aber auch von der Ortskrankenkasse ausgehen. Mit Unrecht ist nun nach dem Bescheide des Versicherungsamts diese Anregung deshalb abgelehnt worden, weil die Voraussetzung der Schließung nach Ansicht des Oberversicherungsamts erst dann gegeben sei, „wenn die Liquidation der Firma durchgeführt ist bzw. wenn der Betrieb nicht nur vorübergehend, sondern dauernd ruht". Das trifft nur den Schließungsgrund des § 273 Ziff. 1, während die Ortskrankenkasse sich auf § 274 Ziff. 1 bezogen und geltend gemacht hatte, daß der Betrieb schon seit Jahren stilliege, daß die Firma zur Zeit nur sieben Personen für die notwendigen Instandhaltungsarbeiten beschäftige und außerdem noch vier freiwillige Mitglieder habe. Das zur Entscheidung berufene Oberversicherungsamt durfte sich einer Prüfung, ob hiernach § 274 Ziff. 1 zutrifft, nicht entziehen. Die Ortskrankenkasse kann Beschwerde im Aufsichtswege erheben, weil es sich, wie erwähnt, um einen von Amts wegen zu berücksichtigenden Punkt handelt; die eigentliche Rechtsbeschwerde aus §§ 284 Abs. 2, 128 kommt für sie nicht in Frage, weil sie nicht als beteiligt im Sinne des § 282 gilt. Bei der sachlichen Beurteilung wird es, entsprechend dem von Ihnen angezogenen Ministerialbescheide, darauf ankommen, ob bei freier Würdigung der tatsächlichen Verhältnisse die Wahrscheinlichkeit für die „dauernde Beschäftigung" von 150 Arbeitern (§ 245) besteht oder nicht. Das steht nicht im Widerspruch mit Hahn, Anm. 2 zu § 228, wo bemerkt ist, daß in solchen Fällen die Sondervorschrift des § 241 nicht ohne weiteres anwendbar ist, wohl aber eine Durchschnittsberechnung gemäß § 241 erforderlich sein „kann". — Ihre Ansicht, daß bei der Zuweisung des Vermögens „unter Berücksichtigung des Mitgliederübergangs" nur die zur Zeit des Beschlusses über die Schließung noch vorhandenen Mitglieder in Betracht kommen, halten wir für unrichtig (zu vgl. Hahn, Anm. 1 zu § 303).

b) Dadurch, daß die Gesellschaft m. b. H. ihren Betrieb, für den sie eine Betriebskrankenkasse errichtet hatte, auf eine offene Handelsgesellschaft übertrug, ist nur ein den Bestand der Betriebskasse nicht berührender Wechsel in der Person des Unternehmens eingetreten (Hahn, Anm. 2 zu § 273), nicht aber der Betrieb eingegangen, wenngleich die Gesellschaft m. b. H. sich auflöste und in Liquidation trat. Diese Auflösung ist für den Fortbestand des Betriebes als solchen und folglich auch der Betriebskrankenkasse in

gleicher Weise ohne Belang, wie bei dem Betriebe einer Einzelperson ihr Tod. Der Rechtsnachfolger tritt an die Stelle des bisherigen Unternehmers auch hinsichtlich der Betriebskrankenkasse, und es ist ihm auch unverwehrt, in diese Kasse im Wege der Satzungsänderung seinen bisherigen Betrieb, für den keine besondere Kasse besteht, in die Betriebskrankenkasse aufzunehmen und auf diese Weise die sonst wegen ungenügender Zahl der Mitglieder drohende Schließung der Kasse abzuwenden (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 526 Ziff. 8).

Erfüllungsort für ärztliche Behandlung der Mitglieder einer Ersatzkasse.

13. Nach Altona. Antwort: a) Die Ersatzkasse ist, wie sich aus § 3 Abs. 3 und § 6 Abs. 1 der Satzung ergibt, für Personen errichtet, die in einem bestimmt abgegrenzten Bezirke wohnen. Es muß daher — entsprechend dem, was als Erfüllungsort der Krankenpflege bei den Pflichtkassen der RVO. gilt — davon ausgegangen werden, daß die Ersatzkasse grundsätzlich auch nur innerhalb dieses Bezirks zur Bereitstellung ärztlicher Behandlung für ihre Mitglieder verpflichtet ist. Mit Recht lehnt sie hiernach die Bezahlung der Arztkosten ab, die der Versicherten durch eine Krankheit erwachsen sind, an der sie bei einem Besuche ihrer Verwandten außerhalb des Kassenbezirks gelitten hat.

b) Nach dem angeführten § 6 Abs. 1 der Satzung können alle Personen, die in dem bezeichneten Bezirk der Kasse wohnen und daselbst polizeilich gemeldet sind, als Mitglieder aufgenommen werden. Es kann dahingestellt bleiben, ob danach andere Personen nicht aufgenommen werden dürfen, wie wir allerdings annehmen möchten. Jedenfalls würde eine solche Beschränkung nur die Wirkung haben, daß die Aufsichtsbehörde gegen die Aufnahme anderer Personen mit den ihr zustehenden Machtmitteln einschreiten könnte. Dagegen halten wir den abgeschlossenen Versicherungsvertrag, da es sich hier nicht, wie bei den Pflichtkassen der RVO., um öffentlich-rechtliche Verhältnisse handelt, nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts für gültig und auch nicht deshalb für anfechtbar, weil die Aufnahme auf einen, sei es rechtlichen oder tatsächlichen Irrtum eines Angestellten zurückzuführen ist (§§ 119, 166 BGB.). Muß also die Ersatzkasse das außerhalb des Kassenbezirks wohnende Mitglied als solches gelten lassen, so muß sie ihm auch dort Arzthilfe bereitstellen und, wenn sie dies nicht getan hat, die Kosten der selbstbeschafften Behandlung durch einen fremden Arzt dem Mitgliede erstatten. Die Abtretung dieses Erstattungsanspruchs an den Arzt aber halten wir nach § 400 BGB. in Verbindung mit § 850 Abs. 1 Ziff. 4 ZivPrOrdg. für ungültig.

a) **Nachträgliche Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft (§ 1513 RVO.).** b) **Grenzen der Rückforderung von Beiträgen für einen irrtümlich als versicherungspflichtig Angemeldeten.**

14. Nach A. S. F. Antwort: a) Bei einer Unfallerkrankung kann die Berufsgenossenschaft nach § 1513 RVO. das Heilverfahren übernehmen. Dies kann auch nachträglich in der Art geschehen, daß die Berufsgenossenschaft die Kosten eines innerhalb der ersten 13 Wochen ohne ihr Zutun durchgeführten Heilverfahrens übernimmt (zu vgl. Bescheid des RVA. 2265, Amtl. Nachr. 1908 S. 551, Handb. der UnfVers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 283). Hat also die Berufsgenossenschaft durch Schreiben vom 3. 10. 19 der Krankenkasse gegenüber erklärt, daß sie die Fürsorge für den Verletzten vom 25. 9. 19 übernehme, so muß sie der Kasse die von dieser für die Zeit vom 25. 9. bis 3. 10. 19 gewährten Leistungen des Heilverfahrens erstatten, jedoch unter Abzug dessen, was die Krankenkasse gemäß § 1513 Abs. 2 der übernehmenden Berufsgenossenschaft zu ersetzen hat.

b) Grundsätzlich sind Beiträge, die für eine als versicherungspflichtig angemeldete Person gezahlt sind, von der Kasse an den Arbeitgeber zurückzuzahlen, wenn sich herausstellt, daß die Anmeldung auf einem Irrtum beruhte, weil der Angemeldete tatsächlich nicht versicherungspflichtig war. Ein solcher Anspruch auf Rückerstattung verjährt in sechs Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beiträge entrichtet worden sind (§ 29 Abs. 2 RVO.). Gegen diesen Anspruch des Arbeitgebers kann die Kasse nicht aufrechnen, was sie dem vermeintlich Versicherten an Kassenleistungen gewährt hat; denn der Anspruch auf Erstattung dieser ohne Rechtsgrund gewährten Leistungen läßt sich nur auf ungerechtfertigte Bereicherung gründen (§ 812 BGB.), und bereichert auf Kosten der Kasse ist in solchem Falle nicht der Arbeitgeber, sondern nur der vermeintlich Versicherte. Dagegen kann ein anderer Einwand gegen den Anspruch des Arbeitgebers auf Rückzahlung der Beiträge begründet sein. Wenn nämlich die Kasse auf Grund der vorschriftsmäßigen Anmeldung bereits drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen und sich dann erst nach Eintritt eines Versicherungsfalls herausgestellt hat, daß der Gemeldete nicht versicherungspflichtig und nicht versicherungsberechtigt gewesen ist, so mußte die Kasse ihm gleichwohl die satzungmäßigen Leistungen gewähren (§ 213 RVO.); und dann können folgerichtig auch die gezahlten Beiträge nicht als grundlos entrichtet angesehen und daher nicht zurückgefordert werden (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 4 zu § 213).

a) **Ortslohn als Grundlohn bei Ortskrankenkassen.** b) **Unbegründete Versagung der Genehmigung einer Satzung.**

15. Nach Angerburg. Antwort: a) Im ersten Punkte ist die Versagung der Genehmigung der Satzungsänderung gerechtfertigt und die Erhebung einer Beschwerde aussichtslos. Denn bei Ortskrankenkassen kann die Satzung grundsätzlich als Grundlohn nur entweder den durchschnittlichen Tagesentgelt oder den wirklichen Arbeitsverdienst bestimmen (§ 180 RVO.); nur für die Ausnahmefälle des § 180 Abs. 5 und des § 181 Abs. 3 und 4 kann auch bei Ortskrankenkassen der Ortslohn als Grundlohn bestimmt werden.

b) Im zweiten Punkt ist das Oberversicherungsamt im Unrecht. Selbst wenn es richtig wäre, daß Abs. 2 des § 216 RVO. sich nur auf Ziff. 2 des Abs. 1 bezieht (was unrichtig ist; zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 7 zu § 216), hätte das Oberversicherungsamt nicht das Recht, diese seine Auslegung dadurch zur Geltung zu bringen, daß es die Aufnahme des § 216 RVO. in einer vom Gesetz abweichenden Anordnung der einzelnen Sätze dieser Vorschrift anordnet. Denn die Satzung genügt den gesetzlichen Vorschriften, wenn sie diese so, wie sie lauten, übernimmt. (§ 324 Abs. 2 RVO.)

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1281 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 21. Mai 1920 | Heft 15

Mängel des neuen Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

I.

Mit bewundernswerter Schnelligkeit hat die Nationalversammlung den Gesetzentwurf, wodurch das Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919[1]) abgeändert wird, zu Ende beraten; Zeit zu einer Kritik wurde der Öffentlichkeit, insbesondere den Krankenkassen nicht gelassen. Allerdings hat diesmal eine etwas sorgfältigere Behandlung insofern stattgefunden, als der Entwurf wenigstens einer Ausschußberatung unterzogen worden ist. Dadurch ist es gekommen, daß auch einige von der Regierung nicht vorgeschlagene Änderungen beschlossen worden sind. Dahin gehört vor allen Dingen die Sicherstellung des Anspruches der landwirtschaftlichen Arbeiter, die nach §§ 420, 425 RVO. ohne Anspruch auf Barleistungen versichert sind. Die in den amtlichen Erläuterungen zu § 7 des Gesetzes vom 26. September 1919 vertretene Auffassung, daß der § 3 der Bekanntmachung, betr. Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 17. März 1918 (RGBl. S. 129) noch gelte, war unhaltbar, weil der § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, den diese Bekanntmachung ausdrücklich ergänzte, zweifellos durch § 195 a RVO. außer Geltung gesetzt war. Eine Aufklärung dieser Frage war um so notwendiger, als in den amtlichen Erläuterungen zu § 12 a. a. O. die willkürliche Auffassung vertreten war, daß sich der Ausschluß der Barleistungen bei landwirtschaftlichen Arbeitern der im § 420 RVO. bezeichneten Art nicht auf die Familien-Wochenhilfe erstrecke. Denn es heißt dort: „Dabei findet jedoch ein Wegfall oder eine Kürzung von Barleistungen nicht statt, weil eine derartige Beschränkung nach §§ 420, 425 RVO. nur für die Versicherten selbst gilt, für welche die Barleistungen ganz oder zum Teil durch die Leistungen des Arbeitgebers abgegolten werden.“ Dem Verfasser dieser Ausführungen war offenbar entfallen, daß der Anspruch auf Familienhilfe nicht ein Anspruch der Familienangehörigen, sondern ein Anspruch des Versicherten selbst ist.

Erfreulicherweise hat die Nationalversammlung dem Vorschlag des Entwurfs auf Beseitigung des gesetzlichen Übergangs des Anspruchs der Wöchnerin auf Erstattung der Kosten der Entbindung und des Unterhalts während der ersten 6 Wochen nach der Entbindung gegen den außerehelichen Schwängerer auf die Krankenkassen und das Reich ohne Zögern zugestimmt; damit dürfte die unerquickliche Angelegenheit, die so oft und vergeblich zur Erörterung gestanden hat, endgültig der Vergangenheit angehören.

Im übrigen hat der Reichstag nur die Paragraphen geändert, deren Änderung bereits im Entwurfe vorgeschlagen war. Die

[1]) Über den Inhalt des Gesetzentwurfs siehe ArbVers. 1920 Heft 11 S. 217; das Gesetz in seiner endgültigen Fassung ist hier unten S. 291 abgedruckt.

überaus wichtige Frage, ob eine Wöchnerin auch während der Zeit, in der sie Lohnarbeit verrichtet, Wochengeld erhalten soll[2]), ist in der Ausschußberatung nur flüchtig gestreift worden. Die Regierung hat dazu überhaupt keine Stellung genommen, so daß bei späterer Gelegenheit mit um so größerem Nachdruck auf die Angelegenheit zurückgekommen werden muß.

II.

Der Inhalt der vorgenommenen Änderungen läßt sich mit wenigen Worten wiedergeben.

1. Die Gewährung der Wochenhilfe beim Kassenwechsel des Versicherten ist sowohl für die Wochenhilfe der Mitglieder als auch für die Familienwochenhilfe geregelt.

2. Die den Krankenkassen durch § 3 Nr. 3 der Bekanntmachung vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085) beigelegte Befugnis, das Wochengeld höher als das Krankengeld zu bemessen, ist als Absatz 2 in den § 195b RVO. aufgenommen.

3. Der Bezug des Wochengeldes ist jetzt im Gesetz so geregelt, daß ein für allemal vier Wochen vor und sechs Wochen nach der Entbindung gezahlt werden muß. Dabei ist ausdrücklich vorgeschrieben, daß das Wochengeld für die vier Wochen vor der Entbindung am Tage der Entbindung fällig wird.

4. Die Landesgesetzgebung kann den Krankenkassen aufgeben, einen Teil des Entbindungsbeitrages und der Schwangerenbeihilfe statt an die Wöchnerinnen, an den Kommunalverband, der besoldete Hebammen den Wöchnerinnen unentgeltlich zur Verfügung stellt, abzuführen.

5. Familienhilfe erhalten auch Ehefrauen, die nicht in häuslicher Gemeinschaft mit dem Ehemann leben, dagegen müssen die Töchter, Stief- und Pflegetöchter zur Zeit der Entbindung in dauernder häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherten leben. Außerdem wird verlangt, daß die Angehörigen, vorbehaltlich der abweichenden Regelung durch die Satzung, ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland und daß sie einen Anspruch auf Wochenhilfe als versicherte Kassenmitglieder nicht haben, sowie, daß der Versicherte im letzten Jahr vor der Entbindung des Angehörigen mindestens 26 Wochen gegen Krankheit versichert gewesen ist.

6. Um Doppelleistungen bei der Familienhilfe zu vermeiden, hat, wenn mehrere Krankenkassen beteiligt sind, die Wöchnerin die Wahl der leistungspflichtigen Kasse.

7. Die Krankenkasse kann vom Reich für die Zahlung der halben Familienwochenhilfe und der Wochenfürsorge Vorschüsse in Höhe des Betrages, den die Kasse im voraufgegangenen Monat für das Reich verauslagt hat, fordern.

8. Es ist klargestellt, daß nur deutsche Wöchnerinnen, die im Inland ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, Wochenfürsorge erhalten. Der Unterschied zwischen verheirateten und unverheirateten Wöchnerinnen ist beseitigt. Die Höhe des Gesamteinkommens, das für den Begriff des Minderbemitteltseins ausschlaggebend ist, beträgt jetzt 4000 *M*, wozu für jedes Kind 500 *M* hinzukommen.

9. Für das Ruhen der Wochenfürsorge und für die Kapitalabfindung beim Verzug der Wöchnerin ins Ausland gelten die gleichen Vorschriften, wie für die Wochenhilfe. Die Gewährung der Wochenfürsorge im Wege der Rechtshilfe (§§ 219, 220 RVO.) ist beseitigt.

10. Der Ersatzanspruch des Armenverbandes, der eine wochenfürsorgeberechtigte Wöchnerin unterstützt hat, ist seinem Inhalt nach nach den gleichen Gesichtspunkten, wie bei der Wochenhilfe, zu beurteilen.

11. Als Zeitpunkt für die Erhöhungen der Leistungen aus den Bekanntmachungen über Kriegswochenhilfe ist der 10. Januar 1920 festgesetzt worden.

III.

Leider muß abermals festgestellt werden, daß trotz der gründlicheren Beratung die Änderungen nicht nur in förmlicher, sondern

[2]) Siehe dazu Gräf in ArbVers. 1915 S. 402; Hoffmann, ebenda 1920 S. 201.

auch in sachlicher Beziehung zu ernsten Beanstandungen Anlaß geben.

1. Dahin gehört zunächst die Regelung hinsichtlich der Gewährung der Wochenhilfe beim Kassenwechsel des Versicherten. Hier soll zwar nach § 212 RVO. die sachliche Leistungspflicht auf die neue Kasse übergehen, die bisherige Kasse aber „für die weitere Durchführung der Leistung zuständig bleiben". Über die Bedeutung dieser Regelung kann nach den Ausführungen in der Begründung kein Zweifel bestehen. Es heißt dort:

„Es empfiehlt sich daher, diejenige Kasse, welche nach dem Geburtsfall zuerst einzutreten hatte, einheitlich mit der gesamten Abwicklung des Wochenhilfefalles zu betrauen. Sie hat dann nicht nur der Wöchnerin gegenüber die Wochenhilfe bis zum Ablauf der Bezugszeit zu leisten, sondern auch die erforderlichen Abrechnungen mit den sonst beteiligten Kassen gemäß § 197 und gegebenenfalls auch gemäß § 212 RVO. zu bewirken."

Wenn hiernach der § 212 RVO. nicht schlechthin, sondern nur „gegebenenfalls" für anwendbar erklärt ist, so hat das seinen Grund darin, daß bei der Verteilung nach § 197 RVO. die neue Kasse trotz Übergangs der Leistungspflicht auf sie im Einzelfalle mit der Angelegenheit überhaupt nicht befaßt wird, weil die bisher leistungspflichtige Kasse alles ersetzt erhält, was sie verauslagt hat. Wenn aber die Voraussetzungen für eine solche Verteilung nicht vorliegen, so muß die neue Kasse der bisherigen Kasse vom Zeitpunkt des Kassenwechsels ab alle Leistungen ersetzen; diese Ersatzpflicht hätte aber im Gesetz ausgesprochen werden müssen. Da dies nicht geschehen ist, so kann ein Ersatz nur aus dem Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung in Frage kommen, der in Ermangelung anderweiter Regelung nur im Rechtswege verfolgt werden kann. Hiernach bleibt nichts anderes übrig, als festzustellen, daß statt einer Vereinfachung des Verfahrens neue Schwierigkeiten zwischen den beteiligten Krankenkassen zuwege gebracht sind. Es wird sich danach mit Sicherheit die dringende Notwendigkeit herausstellen, die Höhe des Ersatzanspruchs und die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden bei Streitigkeiten der vorbezeichneten Art alsbald durch eine Novelle im Gesetz zu regeln.

2. Die Teilung des Wochengeldbezuges in die Zeit vor und nach der Entbindung entspringt zwar der wohlwollenden Absicht, der Wöchnerin einen der Zeit nach sicheren Anspruch auf das Wochengeld einzuräumen, führt aber vielfach gegenüber dem jetzigen Rechtszustand zu einer empfindlichen Schädigung der Wöchnerin. Wenngleich der Kassenvorstand bisher im Einzelfall nach pflichtmäßigem Ermessen zu bestimmen hatte, ob das Wochengeld nur für die Dauer von sechs Wochen oder für längere Zeit in die Zeit nach der Entbindung gelegt werden sollte, so war doch sein Ermessen durch die Rechtsprechung — vgl. RVA. Entscheidung vom 18. Januar 1915 (Amtl. Nachr. S. 429) und vom 19. Juni 1917 (Amtl. Nachr. S. 538) — nicht unerheblich eingeschränkt. Das Wochengeld durfte nämlich dann nicht in die Zeit vor der Entbindung gezahlt werden, wenn die Wöchnerin in dieser Zeit an einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit litt und daher bereits Krankengeld erhielt. In diesem Falle war das Wochengeld ganz für die Zeit nach der Entbindung zu zahlen. Auf der anderen Seite mußte das Wochengeld für eine entsprechend lange Zeit vor der Entbindung gezahlt werden, wenn die Wöchnerin in der siebenten oder achten Woche nach der Entbindung infolge Krankheit arbeitsunfähig wurde. Eine solche Verteilung des Wochengeldbezuges ist fortan nicht mehr möglich. Die Wöchnerin erhält ihr Wochengeld immer für die vier Wochen, die der Geburt unmittelbar vorausgehen. Das hat, da Krankengeld neben Wochengeld nicht gezahlt wird, zur Folge, daß die Wöchnerin unter allen Umständen für die Zeit den Anspruch auf Wochengeld einbüßt, in der sie Krankengeld erhält. Die durch die Rechtsprechung vorgesehenen Ausnahmefälle hätten bei der Festsetzung des

Wochengeldbezuges in der jetzigen Weise im Gesetz vorgesehen werden müssen. Noch besser wäre es gewesen, diese Regelung des Wochengeldbezuges der Satzung zu überlassen, denn daß die Willkür des Vorstandes abgeschafft worden ist, ist zweifellos eine Verbesserung. Im übrigen bleibt es dem Vorstand überlassen, darüber zu befinden, wohin er bei einer satzungsmäßigen Verlängerung der Zeit des Wochengeldbezuges auf 13 Wochen die überschießenden 3 Wochen verlegen will, es sei denn, daß die Satzung darüber bestimmt.

3. Um Doppelleistungen bei Gewährung der Familienwochenhilfe zu vermeiden, ist u. a. bestimmt, daß, wenn mehrere Krankenkassen beteiligt sind, die Wochenhilfe nach Wahl der Wöchnerin nur einmal gewährt werden soll. Eine solche Beteiligung mehrerer Kassen kann nicht nur bei Familienangehörigen, die selbst versichert sind, sondern auch dann vorkommen, wenn, wie das bei der herrschenden Wohnungsnot gerade in den Kreisen der Arbeiter zur Zeit keine Seltenheit sein wird, die Tochter nach ihrer Verheiratung mit einem versicherten Mann im elterlichen Hause bei ihrem versicherten Vater verbleibt. Geschieht dies, so hat die Tochter sowohl als Ehefrau ihres versicherten Ehemannes, als auch als Tochter ihres versicherten Vaters einen Anspruch auf Wochenhilfe. Dies kann sogar zu einem dreifachen Anspruch führen, wenn beide Eltern, in deren Hause die Tochter mit ihrem Manne wohnt, versichert sind. Keiner dieser Ansprüche stützt sich auf den § 195a RVO., so daß die Beschränkung im § 205a Abs. 1 Nr. 2 RVO. nicht ausreicht. Nach der allgemeinen Fassung des § 205a Abs. 6 RVO. muß aber angenommen werden, daß auch in diesem Falle nur ein Anspruch besteht, vorausgesetzt, daß mehrere Kassen beteiligt sind. Richten sich aber diese verschiedenen Ansprüche gegen eine und dieselbe Kasse, so ist die Möglichkeit der Doppelleistung auch hier nicht beseitigt. Diese unvollständige Regelung muß um so mehr auffallen, als in der Begründung sowohl von dem gleichzeitigen Anspruch auf Wochenhilfe gegen mehrere Kassen als auch von einem mehrfachen Anspruch gegen eine Kasse die Rede ist. Denn es heißt dort:

„An sich würde die Möglichkeit bestehen, daß eine Familienangehörige einen Anspruch auf Wochenhilfe gleichzeitig gegen mehrere Kassen oder mehrfach gegen dieselbe Kasse geltend machen könnte. So beispielsweise, wenn sowohl der Vater als auch die Mutter der Wöchnerin bei verschiedenen Kassen oder bei derselben Kasse gegen Krankheit versichert sind. Ähnlich liegt der Fall, wenn Vater und Mutter der Wöchnerin ihre Versicherungspflicht einesteils bei einer Krankenkasse, anderteils bei einer Ersatzkasse genügen. Auch hier muß die Doppelleistung ausgeschlossen werden. Eine anteilige Heranziehung aller in solchen Fällen beteiligten Kassen, die an sich erwünscht sein könnte, würde schwierige Verrechnungen nötig machen. Auch eine Vorschrift, wonach in solchem Falle diejenige Kasse verpflichtet sein soll, deren Leistungen für die Wöchnerin günstiger sind, könnte im Einzelfalle zu Zweifeln darüber Anlaß geben, was als die günstigere Leistung anzusehen ist. Es empfiehlt sich daher, der Wöchnerin selbst die Wahl zu überlassen."

Hiernach wird nichts anderes übrig bleiben, als der in Rede stehenden Vorschrift eine andere Fassung zu geben. Darauf, daß es vom rechtlichen Standpunkt aus unhaltbar ist, den Familienangehörigen die Wahl der Kasse einzuräumen, während der Versicherte selbst anspruchsberechtigt ist, wurde schon bei früherer Gelegenheit[3]) hingewiesen.

4. Nach § 23 Abs. 2 des Gesetzes finden die §§ 1531 bis 1533 RVO. auf die Wochenfürsorge Anwendung; das hat die Bedeutung, daß der Ersatzanspruch des Armenverbandes, der eine wochenfürsorgeberechtigte Wöchnerin durch Leistungen der Wochenhilfe unterstützt hat, einen Erstattungsanspruch in der gleichen Höhe hat, wie der Armenverband, der eine versicherte Wöchnerin oder einen berechtigten Familienangehörigen unterstützt hat. Übersehen ist dabei, die Zu-

[3]) Siehe ArbVers. 1920 S. 205.

ständigkeit der Versicherungsbehörden zu begründen, so daß über den Erstattungsanspruch bei Streit die ordentlichen Gerichte zu entscheiden haben. Dieser Mangel wird alsbald dadurch zu beseitigen sein, daß auch der § 1540 RVO. für anwendbar erklärt wird.

5. Wöchnerinnen, die in der Zeit zwischen dem 1. Oktober 1919 und dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 30. April 1920 entbunden worden sind, und als versicherungsfrei keinen Anspruch auf Familienwochenhilfe gehabt haben, steht nach § 17 des Gesetzes der Anspruch vom Tage der Niederkunft ab zu, wenn ihnen nach dem neuen Gesetz Familienwochenhilfe gewährt werden muß. Vorteil von dieser Regelung haben also Ehefrauen, Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, die beim Eintritt der Entbindung versicherungspflichtig waren, als Versicherte aber einen Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a noch nicht erworben hatten, weil sie in dem Jahre vor der Entbindung nicht 26 Wochen gegen Krankheit versichert waren. Die Familienwochenhilfe kann ihnen aber in diesem Falle nur gewährt werden, wenn der Anspruch darauf noch nicht rechtskräftig abgelehnt worden ist. Ist dies geschehen, so lebt in Ermangelung einer ergänzenden Vorschrift im Gesetz der Anspruch nicht wieder auf. Es wäre nötig gewesen, wie an anderen Stellen[4]), vorzuschreiben, daß in den Fällen, in denen der Anspruch bereits rechtskräftig abgelehnt ist, der Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens zulässig sein soll. Diese durch nichts zu rechtfertigende unterschiedliche Behandlung der Wöchnerinnen erheischt mit dringender Notwendigkeit eine Ergänzung des Gesetzes. Dabei wäre auch zu prüfen, ob die Ehefrauen, die Wochenhilfe deshalb nicht erhalten haben, weil sie mit dem Versicherten nicht in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben, nachträglich auch die Wochenhilfe erhalten sollen. Ein Grund dafür, daß diese schlechter behandelt werden, liegt nicht vor.

6. Bei der dritten Lesung ist auf Grund eines Antrags aus der Mitte des Hauses dem § 195b folgende Vorschrift als Abs. 3 hinzugefügt worden:

„Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so werden die noch fälligen Beträge aus der Reichswochenhilfe an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt."

Ursprünglich war die Aufnahme folgender Vorschrift beantragt:

„Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung so werden Wöchnerinnenunterstützung und Stillgeld, falls das Kind lebt, an den Vater oder an denjenigen Anverwandten gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes zu sorgen hat."

Die neue Vorschrift geht von der zutreffenden Erwägung aus, daß die laufenden Barleistungen der Wochenhilfe, das Wochengeld und das Stillgeld, mit dem Tode der Wöchnerin fortfallen und zwar das Wochengeld, weil es die wenn auch nur angenommene Arbeitsunfähigkeit der Wöchnerin zur Voraussetzung hat und eine solche Annahme eine lebende Wöchnerin verlangt, das Stillgeld, weil es eine Prämie für das Stillen darstellt und seiner Natur nach in Fortfall kommt, wenn das Stillen aufhört. Die vorgeschriebene Zahlung des Wochen- und Stillgeldes kann nur Platz greifen wenn die Wöchnerin bereits in den Genuß der Wochenleistungen getreten ist, also die Gewährung der Wochenhilfe nach § 1545 RVO. beantragt hat. Denn nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts[5]) muß angenommen werden, daß ohne Stellung des Antrags bei Lebzeiten der Wöchnerin der Anspruch auf Wochenhilfe überhaupt nicht entsteht. Um diese Wirkung auszuschließen, reicht die Fassung der neuen Vorschrift nicht

[4]) Siehe z. B. § 8 der Bekanntmachung über die Anrechnung von Militärdienstzeiten und die Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vom 23. Dezember 1915 (RGBl. S. 845).

[5]) Siehe das Nähere in ArbVers. 1920 S. 202.

aus, denn von „noch fälligen Beträgen“ kann nur gesprochen werden, wenn der Anspruch darauf überhaupt besteht.

Irreführend ist auch der Ausdruck „Reichswochenhilfe“, den sonst die Gesetzgebung nicht kennt. Rein wörtlich genommen kann darunter nur die Wochenhilfe, die aus Mitteln des Reichs gezahlt wird, also nur die Wochenfürsorge verstanden werden. Da aber die Vorschrift im § 195a RVO., wo von der Wochenhilfe der Kassen die Rede ist, steht, so muß angenommen werden, daß er auch für die Krankenkassen gilt, zumal der § 195a RVO. auch für die Wochenfürsorge gilt.

Keinesfalls darf die Vorstellung aufkommen, als ob der ganze Betrag der noch fälligen Leistungen an Wochen- und Stillgeld mit dem Todestage der Wöchnerin fällig wird, denn die Weiterzahlung setzt nach dem klaren Wortlaut voraus, daß für das Kind gesorgt wird. Stirbt das Kind, so ist eine Sorge nicht mehr möglich, der Anspruch würde dann also fortfallen. Auszuzahlen sind demnach die Beträge, genau so, als wenn die Mutter noch lebte, d. h. gemäß § 210 RVO. mit dem Ablauf jeder Woche. Wird das Kind in öffentliche Fürsorge genommen, so hat der Träger dieser Fürsorge Anspruch auf die Leistungen; nach dem ursprünglichen Antrag wäre dies allerdings nicht der Fall gewesen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 1 der **Amtl. Nachr.** v. 15. Februar 1920.)

I. Unfallversicherung.

Der Zurechnung einer unfallbringenden Tätigkeit zum Betriebe steht nicht entgegen, daß der Versicherte gegen strafrechtliche Vorschriften, Gebot oder Verbot des Unternehmers oder gegen vernünftige Überlegung und Brauch verstoßen hat. Nur dann ist eine solche unfallbringende Tätigkeit dem Betriebe nicht zuzurechnen, wenn dabei besondere betriebsfremde Zwecke auf Absicht und Verhalten des Versicherten derart eingewirkt haben, daß die Beziehung jener Tätigkeit zum Betriebe bei der Bewertung der Unfallursachen als unerheblich ausgeschieden werden muß (Großer Senat, 3034 S. 151).

Baugeldgeber, die Bauspekulationsgeschäfte machen, gelten als Bauherren im Sinne der Entsch. des RVA. 2713, Amtl. Nachr. 1914 S. 542, selbst wenn sie dem Unternehmer Geld nur zur Herstellung des Gebäudes geben, vorausgesetzt, daß ihr Entgelt — das ist: der Betrag ihrer Forderung, der nach Abzug des Baugeldes verbleibt — allein oder zusammen mit den vorgehenden oder gleichstehenden dinglichen Rechten den gemeinen Grundstückswert übersteigt (3035 S. 155).

Auch im Feststellungsverfahren vor den Berufsgenossenschaften darf den Beteiligten Akteneinsicht in dem durch § 36 Vrdg. über Geschäftsg. u. Verf. der VA. v. 24. 12. 11 und § 22 Vrdg. über Geschäftsg. u. Verf. der OVA. v. 24. 12. 11 nicht vorenthalten werden (3036 S. 156).

Auch für eine Spruchsache, in der der Endbescheid nach § 1608 Abs. 1 RVO. als angefochten gilt, ist der Pauschbetrag aus § 80 Abs. 2 RVO. zu entrichten (3037 S. 157).

Die Geschäftsführer der Berufsgenossenschaften und ihrer Sektionen sind für Errichtung und Zusammensetzung des Angestelltenausschusses weder wahlberechtigt im Sinne der Vrdg. v. 23. 12. 18 (RGBl. S. 1456), wohl aber im allgemeinen ihre ständigen Vertreter (Besch. 3038 S. 158).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur Entscheidung über Ansprüche von Krankenkassen auf Rückgewähr von Leistungen der Krankenversicherung sind die Spruchbehörden der Arbeiterversicherung zuständig, sofern die Rückforderung auf Bestreiten einer Leistungspflicht nach der RVO. gegründet wird (Großer Senat 2559 S. 169).

Auch wenn ein dringender Fall vorlag, kann ein Kassenmitglied wegen der dem zugezogenen Nichtkassenarzt gezahlten Vergütung von der Krankenkasse Erstattung nur des Betrages verlangen, den die Kasse selbst hätte aufwenden müssen (vgl. für Preußen: § 2 der GebOrdg.), wenn sie den Arzt unmittelbar beauftragt hätte (2560 S. 172).

Ein Unfallverletzter hat keinen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Weiterzahlung des sogen. Taschengeldes aus § 194 Ziff. 2 RVO., nachdem die Berufsgenossenschaft mit Beginn der 14. Woche die

Fürsorge übernommen und durch Belassung des Verletzten im Krankenhause gewährt hat (2561 S. 174).

Satzungsänderungen treten, wenn nichts anderes bestimmt ist, mit Zustellung der Genehmigung des Oberversicherungsamts an die Krankenkasse in Kraft (2562 S. 175).

Die Rente einer unehelichen Waise (§ 1259 RVO.) fällt mit der Ehelichkeitserklärung fort (2563 S. 176).

Auf die Frist des § 2 Abs. 1 der Bek. v. 23. 12. 1915 (RGBl. S. 845, ArbVers. 1916 S. 39) für die nach § 3 zugunsten von Kriegsteilnehmern zugelassenen Nachentrichtung von Beiträgen ist das Ende der Behinderung des Kriegsteilnehmers an der Nachentrichtung oder der Zeitpunkt seiner Entlassung aus dem Heeresdienst ohne Einfluß (2564 S. 177).

Beim Wegfall einer Invalidenrente wegen Bezugs einer höheren Unfallrente nach § 1522 Abs. 1 Satz 3 RVO. handelt es sich um „Einstellung" der Rente, nicht um ihre „Entziehung" im Sinne des § 1308. Die Einstellung wirkt erst von der Zustellung des Bescheides ab (2565 S. 178).

Der Anspruch auf Sterbegeld ist als solcher revisionsfähig, unabhängig von § 1695 Ziff. 2 RVO. (2566 S. 180).

Arbeiter, die bei Bauarbeiten von erheblichem Umfang oder längerer Dauer außerhalb des Betriebssitzes des Baugeschäfts beschäftigt werden, sind bei der für den Arbeitsort zuständigen Ortskrankenkasse zu versichern (2567 S. 180).

Die vor der Zustellung einer Zwangsstrafe aus § 1467 RVO. erforderliche Strafandrohung kann nur von dem Anstaltsvorstande, nicht einem Kontrollbeamten ausgehen. Für die Androhung genügt die Angabe des Strafrahmens (2568 S. 183).

Hat der Arbeitgeber seine Pflichten nach § 1494 Abs. 1 RVO. auf einen Angestellten übertragen, so kann er, wenn jener gegen § 1488 verstößt, abgesehen von § 1494 Abs. 2 auch dann nicht bestraft werden, wenn die Überwachungsvorschriften ihn verpflichten, Name und Wohnort des Stellvertreters dem Vorstand mitzuteilen, und er dieser Pflicht nicht genügt hat. **Er kann auch wegen solcher Unterlassung nicht in eine Ordnungsstrafe genommen werden (2569 S. 184).**

Durch Zustellung eines Strafbescheides aus § 1459 Abs. 1 RVO. ohne Rechtsmittelbelehrung wird die Beschwerdefrist nicht in Lauf gesetzt. — Ist im Strafverfahren aus § 1459 Abs. 1 die Mitteilung des Beweisergebnisses unterblieben, so liegt ein wesentlicher Mangel des Verfahrens vor (2570 S. 186).

B. Zur Krankenversicherung.

Verordnung über Aufhebung der Verordnung vom 1. April 1920 (RGBl. S. 433) und über Heraufsetzung des Grundlohns und Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung.

Vom 30. April 1920 (RGBl. S. 761).

A.

Auf Grund des § 1 Abs. 2 des Gesetzes über eine vereinfachte Form der Gesetzgebung für die Zwecke der Übergangswirtschaft vom 17. 4. 19 (RGBl. S. 394) wird die Verordnung über Heraufsetzung des Grundlohns und Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung vom 1. 4. 20 (RGBl. S. 433) aufgehoben.

B.

Auf Grund des unter A genannten Gesetzes vom 17. 4. 19 wird von der Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats und des von der Nationalversammlung gewählten Ausschusses folgendes verordnet:

I. Heraufsetzung des Grundlohns.

§ 1. — Der § 180 der Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

Die baren Leistungen der Kassen werden nach einem Grundlohn bemessen. Als solchen bestimmt die Satzung entweder den durchschnittlichen Tagesentgelt der Mitglieder oder den wirklichen Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten. Den durchschnittlichen Tagesentgelt kann sie nach denjenigen Klassen von Versicherten, für welche die Kasse errichtet ist, oder stufenweise nach der verschiedenen Lohnhöhe der Versicherten festsetzen.

Bei der Festsetzung des Grundlohns muß der Entgelt berücksichtigt werden, soweit er vierundzwanzig Mark für den Arbeitstag nicht übersteigt; die Satzung kann ihn darüber hinaus berücksichtigen, soweit er dreißig Mark für den Arbeitstag nicht übersteigt.

Die Festsetzung nach dem durchschnittlichen Tagesentgelt innerhalb der im Abs. 2 bestimmten Grenzen bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts (Beschlußkammer).

Für freiwillig Beitretende, für die sich hiernach kein Grundlohn ermitteln läßt, bestimmt ihn die Satzung.

§ 2. — Soweit nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung Ersatzleistungen für Krankenpflege, Krankenhauspflege oder Unterhalt in einer Anstalt nach dem Grundlohn zu bemessen sind, kann der Reichsarbeitsminister im Falle eines Bedürfnisses den für diese Ersatzleistungen maßgebenden Höchstsatz des Grundlohns allgemein bis auf zehn Mark herabsetzen.

§ 3. — Über die Satzungsänderungen auf Grund des § 1 haben die Organe der Kassen innerhalb vier Monaten nach Inkrafttreten dieser Verordnung zu

beschließen. Bis zur Genehmigung der Satzungsänderung durch das Oberversicherungsamt setzt der Kassenvorstand die nach § 1 erforderlichen oder zulässigen Änderungen des Grundlohns vorläufig fest.

§ 4. — Für Beschäftigte, die zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse verpflichtet sind und für die nach den Vorschriften dieser Verordnung ein höherer Grundlohn in Betracht kommt als der bisherige höchste Grundlohn ihrer Kasse, haben die Arbeitgeber der Kasse binnen vier Wochen nach dem Inkrafttreten dieser Vorschriften die zur Berechnung der Beiträge erforderlichen Angaben zu machen.

Zuwiderhandlungen werden gleich Zuwiderhandlungen gegen § 318 der Reichsversicherungsordnung bestraft.

II. Ausdehnung der Versicherungspflicht.

§ 5. — Im § 1 der Verordnung über Ausdehnung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der Krankenversicherung vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321) wird das Wort „fünftausend“ durch das Wort „fünfzehntausend“ ersetzt.

§ 6. — Wer in der Zeit seit dem 2. Dezember 1918 wegen Überschreitens der Einkommensgrenze von fünftausend Mark aus seiner Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse ausgeschieden ist, kann bei dieser Kasse binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten dieser Vorschriften die Wiederaufnahme als Mitglied gemäß § 313 der Reichsversicherungsordnung beantragen, sofern er beim Ausscheiden zur Weiterversicherung berechtigt war und nicht jetzt nach § 5 versicherungspflichtig ist.

Die Kasse kann den Berechtigten, wenn er sich zum Beitritt meldet, ärztlich untersuchen lassen. Eine Erkrankung, die beim Wiedereintritte bereits besteht, begründet für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung.

Wer einer Ersatzkasse angehört und nach Erlaß dieser Verordnung in einer knappschaftlichen Krankenkasse versicherungspflichtig wird, kann auf seinen Antrag von der Versicherungspflicht in der knappschaftlichen Krankenkasse befreit werden.

§ 7. — Sind seit dem 2. Dezember 1918 Personen der im § 1 der Verordnung vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321) bezeichneten Art trotz Überschreitens der Einkommensgrenze von fünftausend Mark von ihrer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse weiter wie versicherungspflichtige Mitglieder behandelt worden, so kann diese Mitgliedschaft nachträglich nicht mehr angefochten werden. Dies gilt auch für solche Fälle, in denen beim Inkrafttreten dieser Vorschriften ein Streitverfahren schwebt.

§ 8. — Die Frist zur Meldung derjenigen Beschäftigten, welche durch die Vorschrift des § 5 der Versicherungspflicht neu unterstellt werden, wird bis zum achten Tage nach dem Inkrafttreten dieser Vorschriften erstreckt, soweit sie nicht nach § 317 der Reichsversicherungsordnung darüber hinausläuft. Die Meldung kann wirksam schon vor dem Inkrafttreten dieser Vorschriften geschehen.

III. Schlußvorschriften.

§ 9. — Die Vorschriften der §§ 1 bis 4 treten am Tage der Verkündung mit Wirkung vom 7. April 1920 an in Kraft. Mit dem gleichen Tage tritt § 1 der Bekanntmachung, betr. Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges, vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085) außer Kraft.

§ 10. — Die Vorschriften der §§ 5 bis 8 treten mit dem 10. Mai 1920 in Kraft. Haben solche Mitglieder von Ersatzkassen, auf welche die Verordnung vom 1. April 1920 die Versicherungspflicht ausdehnte, Anträge nach § 517 der Reichsversicherungsordnung gestellt, so werden diese Anträge infolge der Aufhebung der genannten Verordnung nicht unwirksam.

Anmerkung: Tag der Verkündung im Sinne des § 9 ist der 3. Mai 1920, als Tag der Ausgabe der Nr. 94 des RGBl.

Die neue Verordnung hat sonach, entsprechend dem, was wir bereits im Heft 12 S. 229 und im Heft 14 S. 274 angemerkt haben, die am 7. 4. 20 in Kraft getretene Verordnung vom 1. 4. 20 abgelöst; nur ist die nach unserem Berichte S. 274 auf 12 000 ℳ bemessene Versicherungsgrenze auf 15 000 ℳ erhöht worden, während die Verordnung vom 1. 4. 20 diese Grenze auf 20 000 ℳ festgesetzt hatte. In der kurzen Zeitspanne vom 7. 4. bis 10. 5. 20 (§ 10) sind also zahlreiche Personen mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst von mehr als 5000 ℳ, aber nicht über 20 000 ℳ kraft Gesetzes — nur scheinbar, wie gezeigt werden wird — versicherungspflichtig geworden, um infolge der neuen Ordnung wieder aus der Versicherungspflicht auszuscheiden, wenn jener Arbeitsverdienst 15 000 ℳ übersteigt. Es ist also dafür gesorgt, daß die Kassenverwaltungen und die meldepflichtigen Arbeitgeber (§ 8) nicht müßig gehen. Eine weitere wesentliche Änderung gegenüber der Verordnung vom 1. 4. 20 enthält § 1 Abs. 2 der vorliegenden Verordnung. In jener war die Begrenzung des für die Bemessung der Beiträge und der Kassenleistungen maßgebenden Grundlohns vollständig fallen gelassen, entsprechend dem Gedanken, daß für den gemeinsamen Zweck der Krankenversicherung die Beiträge schlechthin nach dem Maße der Leistungsfähigkeit der Beteiligten aufgebracht werden müßten, zumal den höheren Beiträgen doch auch höhere Leistungen (wenigstens Barleistungen) entsprächen (zu vgl. z. B. Kleeis hier 1917 S. 433 ff.), und daß es unbillig sei, gerade die hochgelöhnten Versicherten verhältnismäßig niedriger zu Beiträgen heranzuziehen als die minder hochgelöhnten. Jetzt ist im § 1 der neuen Verordnung — § 180 Abs. 2 RVO. — eine Begrenzung des Grundlohns, freilich mit starker Heraufrückung der Grenze, wieder eingeführt, und zwar zur Beseitigung der früher hervorgetretenen Zweifel, derart, daß bei der Festsetzung des Grundlohns der Entgelt bis 24 ℳ berücksichtigt werden „muß“ und darüber hin-

aus bis 30 *M* berücksichtigt werden „kann". Hinzuweisen ist außerdem noch auf zwei die Ersatzkassenmitglieder betreffende Änderungen gegenüber der Verordnung vom 1. 4. 20, nämlich im § 6 Abs. 3 und im § 10 der neuen Verordnung.

Wie ist nun das Verhältnis der beiden Verordnungen zueinander? Die ältere war am 7. April 1920 in Kraft getreten und ist nunmehr durch die Vorschrift der neuen unter A im vollen Umfang aufgehoben und durch die Vorschriften unter B ersetzt. Aber die Wirkung dieser Rechtsänderung scheint nach §§ 9, 10 eine verschiedene zu sein hinsichtlich der Heraufsetzung des Grundlohns und hinsichtlich der Ausdehnung der Versicherungspflicht. Die Vorschriften der §§ 1 bis 4 sind nach § 9 mit Rückwirkung vom 7. 4. 20 in Kraft gesetzt. Dies ist der Tag, an dem die Verordnung vom 1. 4. 20 in Kraft getreten war. Mithin ist die Bedeutung des § 9 die, daß die Sache so anzusehen ist, als hätten die §§ 1 bis 4 in der Fassung der früheren Verordnung überhaupt nicht gegolten. Die auf Grund dieser Fassung getroffene Grundlohnfestsetzung entbehrt also der gesetzlichen Grundlage und ist nichtig im ganzen Umfange, nicht etwa nur, soweit die Festsetzung den Betrag von 30 *M* überschreitet. Das ist wohl zu beachten! Wenn z. B. eine Kasse ihre Stufeneinteilung und Grundlohnfestsetzung folgendermaßen abgeschlossen hat:

Stufe	Tagesentgelt	Grundlohn
VIII	von 21,01 *M* bis 27.00 *M*	24 *M*
IX	„ 27,01 „ „ 33,00 „	30 „
X	„ 33,01 „ oder mehr	36 „,

so fällt keineswegs nur diese letzte Stufe fort, so daß alle höher Gelöhnten der Stufe IX zufielen, sondern es ist eine neue Festsetzung zu treffen, wobei zu erwägen sein wird, ob nicht die jetzt gebotene Begrenzung des Grundlohns auf höchstens 30 *M* Anlaß gibt, die vorausgehenden Lohnstufen und Grundlöhne anders zu gestalten. Der Vorstand (vgl. § 5 Satz 2) hat in diese Prüfung sofort einzutreten und die Festsetzung mit Rückwirkung von dem Tage in Kraft zu setzen, mit welchem die Festsetzung auf Grund der Verordnung vom 1. 4. 20 in Kraft gesetzt war; denn die neue Festsetzung soll die frühere ersetzen und berichtigen. Infolge der Nichtigkeit der früheren Festsetzung sind Beiträge und Kassenleistungen, die auf der Grundlage dieser Festsetzung berechnet worden sind, umzurechnen und die danach etwa überhobenen Beträge zurückzugewähren und zurückzufordern. Die genaue Beachtung dieser strengen Folgerung aus der durch die Neuordnung geschaffenen Rechtslage würde freilich viel Mühe und Weiterungen für alle Beteiligten verursachen. Es wird daher zweckmäßig sein, soweit es irgend angängig erscheint, sich darauf zu beschränken, nur die über 30 *M* hinausgehenden Grundlöhne auszuschalten. Wo dieser Betrag überhaupt nicht überschritten worden ist, kann man es einfach bei der bereits auf Grund der Verordnung vom 1. 4. 20 getroffenen Festsetzung belassen. Aber in jedem Falle ist ein neuer Beschluß zu fassen, und zwar ohne Verzug, weil diese für die Finanzgebahrung der Kasse und für die Rechte und Pflichten der Beteiligten so wichtige Angelegenheit nicht infolge der Nichtigkeit der früheren Festsetzung in der Schwebe bleiben darf. Das Versicherungsamt hat den Vorstand nötigenfalls zur Veranlassung des Erforderlichen anzuhalten (§§ 30, 31 RVO.) und äußerstenfalls die Neufestsetzung selbst zu bewirken (§ 379 Abs. 2). Die Festsetzung durch den Vorstand (oder statt seiner durch das Versicherungsamt) ist aber nur eine vorläufige; endgültig ist darüber durch Satzungsänderung zu beschließen, und zwar spätestens „innerhalb vier Monaten nach Inkrafttreten dieser Verordnung" (§ 5), also bis zum 3. 9. 20. Im Falle grundloser Verzögerung hat das Oberversicherungsamt nach § 326 RVO. zu verfahren. Bis zum Inkrafttreten der Satzungsänderung bleibt die vom Vorstande getroffene vorläufige Regelung in Kraft.

Hat die neue Verordnung für die Vorschriften über Heraufsetzung des Grundlohns im § 9 die Rückwirkung auf einen in der Vergangenheit liegenden Tag vorgesehen, so hat sie im § 10 hinsichtlich der „Ausdehnung der Versicherungspflicht" umgekehrt auf einen in der Zukunft liegenden Tag verwiesen: „Die Vorschriften der §§ 5 bis 8 treten mit dem 10. Mai 1920 in Kraft". Erst von diesem Tage an also gilt insbesondere die im § 5 vorgesehene Festsetzung der Versicherungsgrenze auf 15 000 *M*. Aber was gilt für die Zeit bis dahin? Die Grenze war ja durch die Verordnung vom 1. 4. 20 auf 20 000 *M* bestimmt, und diese Verordnung ist durch die Vorschrift unter A der neuen Verordnung zwar aufgehoben, aber es ist im § 10 nicht (entsprechend wie im § 9 hinsichtlich der §§ 1 bis 4) bestimmt, daß die Aufhebung der früheren Verordnung auf den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens, auf den 7. 4. 20, zurückwirkt. Danach könnte man meinen, daß in der Zeit vom 7. 4. 20 bis 9. 5. 20 die Betriebsbeamten usw. mit Jahresverdienst bis 20 000 *M* versicherungspflichtig und folglich kraft Gesetzes Mitglieder der zuständigen Krankenkassen gewesen und aus diesen erst am 10. 5. 20 wieder kraft Gesetzes ausgeschieden seien. Dennoch verhält es sich nicht so, sondern aus anderen Vorschriften der Verordnung ergibt sich, daß sie die vollständige Austilgung der durch die Verordnung vom 1. 4. 20 bewirkten Erhöhung der Versicherungsgrenze und ihrer Rechtswirkungen bezweckt und voraussetzt. Denn im § 5 wird nicht bestimmt, daß in der entsprechenden Vorschrift der Verordnung vom 1. 4. 20 das Wort „zwanzigtausend" durch das Wort „fünfzehntausend" ersetzt wird; sondern es heißt dort, daß im § 1 der Verordnung vom 22. 11. 1918 — durch welche erst die Versicherungsgrenze von 2500 *M* auf das Doppelte erhöht worden war — das Wort „fünftausend" durch das Wort „fünfzehntausend" ersetzt wird. Daraus erhellt deutlich, daß die inzwischen erfolgte weitere Erhöhung auf 20 000 *M* als nicht geschehen betrachtet werden soll. Damit stimmt auch § 8 überein, der die Frist zur Meldung derjenigen Beschäftigten regelt, welche durch § 5 „der Versicherungspflicht neu unterstellt werden". So konnte nicht gesprochen werden, wenn der Gesetzgeber bis zum Inkrafttreten der neuen Verordnung die Versicherungsgrenze von 20 000 *M* als geltend angesehen hätte; er hätte sonst im § 8 vielmehr die Meldung der aus der Versicherungspflicht ausscheidenden Beschäftigten mit Jahresverdienst von mehr als 15 000 *M* regeln müssen. Aus alledem folgt mit Notwendigkeit, daß die für Betriebsbeamte usw. (zu vgl. § 1 der Verordnung vom 22. 11. 18, ArbVers. S. 694) mit Jahresverdienst von mehr als 15 000 *M* erhobenen Pflichtbeiträge, als ohne Rechtsgrund erhoben, den Arbeitgebern zurückzuzahlen oder zu vergüten sind, und daß die diesen Beschäftigten gewährten Kassenleistungen, als ohne Rechtsgrund gewährt, von ihnen zurückgewährt werden müssen. —

All diese Folgen einer überstürzten Gesetzgebung sind nicht eben schön, und es wird kaum Beteiligte geben, die die neue Rechtslage mit reiner Freude zu begrüßen Anlaß haben. Die Kassen freilich werden, obwohl sie wegen der maßlos hohen

Beiträge mit einem starken Abgang an freiwilligen Mitgliedern rechnen müssen, zunächst — scheinbar wenigstens — in papierenem Gelde förmlich „schwimmen", aber auch entsprechend angezapft werden. Die Ärzte rüsten schon gewaltig zu neuem Kampfe und wollen vor allem in der einschneidenden Änderung der Rechtslage einen „wichtigen Grund" zur fristlosen Kündigung der mit den Kassen geschlossenen Verträge (§ 626 BGB.) finden und geltend machen. Von dem Gesetzgeber aber erwarten und fordern sie — dies gewiß mit Recht — eine erhebliche Erhöhung der gesetzlichen Gebührentaxe. Daß sie angeblich eine Erhöhung um das Fünffache der bisherigen Sätze verlangen, halten wir einstweilen für ein Märchen. Die Krankenhäuser, Apotheker und sonstigen Heilmittelverkäufer werden mit entsprechend erhöhten Anforderungen nicht zögern. Auch die arg bemühten Angestellten der Kassen werden sich vermutlich mit neuen Ansprüchen melden. So wird gar viel Geld (lies: Papier) aus dem Kassenschatz abfließen, und an eine Ermäßigung der Beiträge, die zumeist schon den Höchstbetrag von 6 v. H. des Grundlohns erreichen, wird kaum zu denken sein. Das bedeutet für die Arbeitgeber und Versicherten in den höheren und höchsten Stufen eine ungeheure, unerhörte Belastung. Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen hat den ihm angeschlossenen Kassen folgende Stufeneinteilung und Grundlohnfestsetzung empfohlen:

Stufe	Tagesentgelt	Grundlohn
I	bis zu 2 M	2 M
II	mehr als 2 M bis 4 "	4 "
III	" " 4 " " 6 "	6 "
IV	" " 6 " " 8 "	8 "
V	" " 8 " " 10 "	10 "
VI	" " 10 " " 12 "	12 "
VII	" " 12 " " 15 "	15 "
VIII	" " 15 " " 18 "	18 "
IX	" " 18 " " 21 "	21 "
X	" " 21 " " 24 "	24 "
XI	" " 24 " " 27 "	27 "
XII	" " 27 " " 30 "	30 "

Danach würde der Beitrag von 6 v. H. in der höchsten Stufe bei einem Grundlohn von 30 M für jeden Arbeitstag 1,80 M, für das Jahr, zu 300 Arbeitstagen gerechnet, 540 M, bei 360 Arbeitstagen sogar volle 600 M betragen, in der Mittelstufe mit einem Grundlohn von 15 M, der vielfach z. B. auch die Dienstboten angehören werden, 300 M für das Jahr! Arbeiter und Angestellte, die zwei Drittel hiervon selbst tragen sollen, werden unbedenklich die hierdurch bedingte Lohnkürzung durch entsprechende Forderung höheren Lohnes auszugleichen streben, und die Arbeitgeber werden bestrebt sein, die unerhörte Mehrbelastung auf das „Publikum", auf die Allgemeinheit abzuwälzen. Eine Schraube ohne Ende und doppelt und dreifach empfindlich für diejenigen, die nichts von sich auf andere abwälzen können. Wie diese Sachlage auf das „Volk" wirkt, mag einmal durch Stimmen aus dem Volke beleuchtet werden, die wir in einer Berliner Vorortszeitung, dem „Groß-Lichterfelder Lokal-Anzeiger", finden. Die eine tönt so:

„In diesen Tagen ging mir eine Mitteilung von der hiesigen Ortskrankenkasse zu, daß für mein Hausmädchen künftig ein Beitrag von 6,30 M wöchentlich bezahlt werden müsse. Ich traute zuerst meinen Augen nicht, überzeugte mich dann aber, daß ich richtig gelesen hatte. Ist denn das überhaupt möglich? 327 M im Jahre! So groß oder größer als die Arztrechnung für eine ganze Familie! Bis jetzt sind wöchentlich ungefähr 2 M bezahlt und nun auf einmal das Dreifache? Ich nehme an, daß andere Lichterfelder Einwohner mit der gleichen Mitteilung beglückt sind, und hoffe daher, daß meine Bitte um Auskunft für manchen Interesse haben wird. Wer setzt die Beiträge fest? Kann man dagegen Einspruch erheben, und wo? Wozu werden die gewaltigen Summen verwandt, die durch solche Beiträge zusammenkommen? Für erkrankte Mitglieder der Kasse können sie doch unmöglich aufgebracht werden. Haben die Arbeitgeber das Recht, in die Kassenverhältnisse, die Gehälter der Angestellten usw. Einsicht zu nehmen, und wo? Werden die Jahresabschlüsse nicht veröffentlicht? Mir scheint diese neue Schröpfung so unerhört zu sein, daß man sie sich nicht ohne weiteres gefallen lassen sollte. Denn schließlich sind nicht die Dienstboten, sondern die Herrschaften immer die Leidtragenden."

Dieser Notschrei hat folgenden Widerhall gefunden:

„Dem Herrn, der in dieser Zeitung vom 4. Mai sich über die neuen Krankenkassenbeiträge geäußert hat, kann ich nur aus vollem Herzen beistimmen. Wenn wir aber nach der Wirkung — um nicht zu sagen nach dem Zweck — dieses Verfahrens fragen, so kann die Antwort nur lauten: in erster Linie natürlich die Bereicherung der Kassen, dann aber die Unterdrückung und Ausrottung des Mittelstandes, zunächst des weniger bemittelten, und zwar zugunsten des Proletariats. Ich bin pensionierter Beamter, 82 Jahre alt, meine Frau 70, wir sind in den 48 Jahren unserer Ehe stets in der Lage gewesen, ein Dienstmädchen zu halten, die Krankenkassenbeiträge betrugen früher jährlich 10 M, in der letzten Zeit monatlich 6,25 M, und jetzt sind sie auf 5,25 M wöchentlich oder 22,75 M monatlich erhöht worden, ich weiß nicht, von wem und mit welchem Recht. Hiernach müßte man annehmen, daß wenigstens die Hälfte aller Dienstboten beständig im Krankenhaus läge, während in Wirklichkeit unter 50 noch nicht eine sich in ärztlicher Behandlung befindet. Jedenfalls bin ich seit meiner Verheiratung im Jahre 1872 bis heute nur ein einziges Mal in den Fall geraten, ein Dienstmädchen ins Krankenhaus schicken zu müssen. Es ist vielleicht eine Anmaßung, wenn ich mich zum Mittelstand rechne, da mein Einkommen noch lange nicht an das eines Straßenbahners oder gar eines Müllkutschers heranreicht. Wie dem auch sei, wir sehen uns jetzt in unserem hohen Alter bei der täglich wachsenden Höhe aller Ausgaben vor der bitteren Notwendigkeit, unser mehrjähriges treues Mädchen zu entlassen und die groben Hausarbeiten selbst zu übernehmen, da es uns unmöglich ist, die angeführten Beiträge zu erschwingen, und wir auch dem Mädchen nicht zumuten können, dieselben ganz oder größtenteils zu tragen. Das ist aber noch nicht alles, das Ärgste kommt noch. Nämlich nicht nur wie bisher die Dienstboten, Arbeiter und kleineren Angestellten, sondern alle Einwohner mit einem Einkommen bis zu 15 000 M jährlich sollen gezwungen werden, in die Krankenkassen einzutreten. Natürlich wird man deren Beiträge der Zahl der Familienmitglieder und der sonstigen Stellung entsprechend noch höher bemessen, und Leute, die vielleicht alle 5 oder 10 Jahre einen Arzt gebrauchen, werden soviel bezahlen müssen, als ob sie ihn wenigstens die Hälfte eines jeden Jahres im Hause gehabt hätten. Ob wir dann noch etwas zu essen haben werden, ist unseren Beherrschern

höchst gleichgültig. Wieviele Monarchen haben wohl jemals eine solche Tyrannei über ihre Untertanen ausgeübt? Es wird uns dann schließlich nur die Wahl bleiben zwischen einem langsamen Hungertod und einem schnellen Ende. »Recht so,« werden die Spartakisten sagen, »je eher diese Mastbürger vom Erdboden verschwinden, desto besser für die Proletarier.« Dr. L. W."

Beide Kundgebungen zeugen von einer fast rührenden Einfalt und Verständnislosigkeit gegenüber dem innersten Wesen der Sozialversicherung und von einer bedauerlichen Unkenntnis der einfachsten Vorschriften dieser Gesetzgebung, die doch den breiten Massen des Volkes gewidmet ist. Aber man kann doch nicht ohne Erschütterung diese Herzensergüsse von wirklich Leidtragenden lesen, die durch die Gesetzesänderung in wichtigen Lebensbedingungen auf das empfindlichste getroffen werden und die sicher Hunderttausende von Schicksalsgenossen haben. Dabei ahnen sie noch nicht, daß ihnen eine weitere schwere Belastung droht, wenn zur Aufrechterhaltung der Zahlungsfähigkeit der Landesversicherungsanstalten auch die Beiträge zur Invalidenversicherung in den jetzigen Lohnklassen wenigstens verdreifacht werden müssen (zu vgl. Düttmann hier, Heft 14 S. 263). Es ist tief beklagenswert, daß auf diese Weise in den weitesten Kreisen unseres Volkes das erzeugt und genährt wird, was man einst vorwiegend gewissen widerstrebenden Arbeitgeberkreisen schuldgab: Sozialverdrossenheit. Zu einem erheblichen Teil ist dies freilich auf das Konto unserer traurigen Wirtschaftslage als Folge des unglücklichen Krieges zu setzen; aber schwere Mitschuld trägt doch auch die hazardierende und irrlichtelierende Art unserer neueren Gesetzmacherei. Wieviel zu jener Verdrossenheit insbesondere die vorliegende Verordnung voraussichtlich beitragen wird, darüber wollen wir zum Schlusse die Äußerung eines Arztes, Professor Dr. Lennhoff, anführen, der in einem „Der Kassenpatient" überschriebenen Aufsatz in der Vossischen Zeitung (Morgenausg. v. 14. 4. 20) auf die hohen Summen verweist, mit denen die Arbeiter durch die Rechtsänderung belastet werden, und dann fortfährt: „Diesen (Summen) gegenüber fragen sich schon jetzt die höher entlohnten Arbeiter und Angestellten, ob ihnen die Leistung der Kassen entspricht, die Beschränkung in der Auswahl des Arztes, der gering bezahlte und zu Massenarbeit gezwungene Arzt, die Beschränkung in der Gewährung von Arznei und Heilmitteln in Verbindung mit dem Formalismus und Bürokratismus der Krankenkassen. Wer das Glück hat, mehrere Jahre für sich selbst keines Arztes zu benötigen, kann sehr leicht die Frage stellen, ob er sich ohne Versicherung nicht besser stände, besonders wenn noch mehrere Familienmitglieder mitverdienen und in drei Jahren von ihnen zusammen 4000 bis 5000 ℳ an die Krankenkasse zu zahlen sind. Die nichtverdienenden Familienmitglieder, die Frau und die Kinder, erhalten nur bei ganz wenigen Kassen in Berlin ärztliche Behandlung. Wo das der Fall ist, sind die Beiträge auch entsprechend höher. Vielfach fragen sich daher schon jetzt die höher Bezahlten, ob für sie der Zwang zur Krankenversicherung eine ebensolche Wohltat bedeutet wie für die geringer Entlohnten, für die sie ursprünglich geschaffen worden ist. Solange der Gedanke der Sozialisierung des Heilwesens und der gleichmäßigen Gestellung des Arztes durch den Staat an Arbeiter, Mittelstand und Reiche nicht Allgemeingut geworden ist, wird es stets eine ganze Anzahl geben, die lieber den Arzt aus eigener Tasche bezahlen wollen, wenn sie dadurch den die Behandlung bürokratisierenden Vermittler, die Kasse, ausschalten können und dafür das natürliche Gefühl haben, daß ihnen der Arzt ein erhöhtes persönliches Interesse entgegenbringt."

Man lese schließlich noch, was wir im Heft 14 S. 274 aus den Verhandlungen der Nationalversammlung mitgeteilt haben, um sich eine Vorstellung von den schweren Besorgnissen zu machen, die durch die neue Verordnung heraufbeschworen werden. Vor allem sollte man den Ruf des Abgeordneten Becker beherzigen: „Quälen Sie doch die Menschen nicht mit Wohltaten!"

Gesetz, betr. Änderung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919.

Vom 30. April 1920. (RGBl. S. 853.)

Die verfassunggebende Deutsche Nationalversammlung hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Im § 195a der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 2 des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 (Reichs-Gesetzbl. S. 1757) erhält Nr. 2 folgende Fassung:

ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens einundeinehalbe Mark täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage für zehn Wochen, von denen vier in die Zeit vor und sechs in die Zeit nach der Entbindung fallen. Das Wochengeld für die ersten vier Wochen ist mit dem Tage der Entbindung fällig.

Außerdem wird die nachfolgende Vorschrift hinzugefügt:

Wechselt die Wöchnerin während der Leistung der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit, so bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig.

§ 2. — Dem § 195b der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 2 des Gesetzes vom 26. September 1919 wird als Abs. 2 folgende Vorschrift beigefügt:

Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamts das Wochengeld höher als das Krankengeld, und zwar bis zur Höchstgrenze von drei Vierteln des Grundlohns bemessen.

Ferner wird folgender Absatz hinzugefügt:

Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so werden die noch fälligen Bezüge aus der Reichswochenhilfe an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.

§ 3. — Im § 2 des Gesetzes vom 26. September 1919 wird nach § 195c als § 195d folgende Vorschrift eingefügt:

Das Landesgesetz kann vorschreiben, daß die Krankenkassen an eine öffentlich-rechtliche Körper-

schaft, die zur Hilfe bei der Niederkunft und bei der Schwangerschaft den bei der Kasse Versicherten fest angestellte und besoldete Hebammen zur Verfügung stellt, einen Betrag in Höhe der für solche Hilfeleistungen bestimmten Gebühr zu entrichten haben. Um diesen Betrag ermäßigen sich dann die baren Beihilfen nach § 195a Nr. 1 und 3.

Diese Vorschrift gilt auch für Ersatzkassen, soweit die Rechte und Pflichten ihrer Mitglieder bei deren Krankenkasse nach § 517 Abs. 1 ruhen, sowie für knappschaftliche Krankenkassen.

§ 4. — Der § 205a der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 10 des Gesetzes vom 26. September 1919 erhält folgenden Wortlaut:

Wochenhilfe erhalten auch die Ehefrauen sowie solche Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, wenn

1. sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. ihnen ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a nicht zusteht, und
3. die Versicherten im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherungsordnung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind.

Als Wochenhilfe werden die im § 195a bezeichneten Leistungen gewährt; dabei beträgt das Wochengeld einundeinehalbe Mark täglich, das Stillgeld fünfundsiebzig Pfennig täglich. Die Satzung kann den Betrag des Wochengeldes und des Stillgeldes je bis auf die Hälfte des Krankengeldes der Versicherten erhöhen.

Wechseln die Versicherten während der Leistung der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit, so bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig.

Die §§ 195b, 195c, 195d, 196, 197, 199 gelten entsprechend.

Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamts bestimmen, wieweit von der Voraussetzung des Abs. 1 Nr. 1 abzusehen ist.

Sind mehrere Krankenkassen oder knappschaftliche Krankenkassen beteiligt, so ist die Wochenhilfe nur einmal zu gewähren. Die Wahl der Kasse steht der Wöchnerin frei. Der Krankenkasse im Sinne dieser Vorschrift steht eine Ersatzkasse gleich, soweit die Rechte und Pflichten ihrer Mitglieder bei deren Krankenkasse nach § 517 Abs. 1 ruhen.

§ 5. — Im § 205b der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 10 des Gesetzes vom 26. September 1919 erhält Nr. 1 folgenden Wortlaut:

Krankenpflege an solche Familienangehörige der Versicherten, welche darauf nicht anderweit nach diesem Gesetz Anspruch haben.

Im § 205c der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des im Abs. 1 genannten § 10 wird das Wort „versicherungsfreier“ durch das Wort „berechtigter“ ersetzt.

§ 6. — Der § 205d der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 10 des Gesetzes vom 26. September 1919 erhält folgenden Abs. 4:

Die Kasse kann beantragen, daß ihr vom Reiche auf die ihm zur Last fallenden Leistungen ein Vorschuß bis zu dem Betrage gewährt wird, den die Kasse im voraufgegangenen Monat für das Reich verauslagt hat. Der Vorschuß ist bei der nächsten Verrechnung der geleisteten Zahlungen auszugleichen.

§ 7. — Der § 12 des Gesetzes vom 26. September 1919 erhält folgenden Wortlaut:

Sind in der Landwirtschaft Beschäftigte oder Dienstboten nach den §§ 418, 435 der Reichsversicherungsordnung von der Versicherungspflicht befreit, so gilt § 205a der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 10 dieses Gesetzes entsprechend. Der Arbeitgeber hat der Wöchnerin die im § 195a der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Leistungen aus eigenen Mitteln zu gewähren. Ferner gelten die §§ 205c, 224, 422 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 8. — Der § 14 des Gesetzes vom 26. September 1919 fällt weg.

§ 9. — Der § 17 des Gesetzes vom 26. September 1919 erhält folgende Fassung:

Minderbemittelte deutsche Wöchnerinnen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und für die nach den vorstehenden Vorschriften kein Anspruch auf Wochenhilfe besteht, erhalten aus Mitteln des Reichs eine Wochenfürsorge.

Sofern nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird, gilt eine Wöchnerin als minderbemittelt, wenn ihr und ihres Ehemanns Gesamteinkommen oder, sofern sie allein steht, ihr eigenes Einkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung den Betrag von viertausend Mark nicht überstiegen hat. Dieser Betrag erhöht sich für jedes vorhandene Kind unter fünfzehn Jahren um fünfhundert Mark.

§ 10. — Der § 19 des Gesetzes vom 26. September 1919 erhält im letzten Satze folgenden Wortlaut:

Die §§ 195c, 195d der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 2 dieses Gesetzes gelten entsprechend.

§ 11. — Der § 20 des Gesetzes vom 26. September 1919 erhält im Abs. 3 folgenden Zusatz:

§ 205d Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 12. — Der § 21 des Gesetzes vom 26. September 1919 fällt weg.

§ 13. — Der § 23 Abs. 2 des Gesetzes vom 26. September 1919 erhält folgenden Wortlaut:

Für die Leistungen und den Anspruch darauf gelten die §§ 118, 119, 210, 216, 217, 223, 224, 1531 bis 1533 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 14. — Der § 24 Abs. 1 des Gesetzes vom 26. September 1919 erhält folgenden Wortlaut:

Die Vorschriften des § 8 treten mit dem 10. Januar 1920 in Kraft.

§ 15. — Der § 425 der Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

Was nach §§ 420 bis 423 für das Krankengeld gilt, gilt auch für die anderen Barleistungen der Kasse mit Ausnahme der der Wochenhilfe und des Sterbegeldes.

§ 16. — Im § 1542 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

Dies gilt nicht bei Ansprüchen, die aus Schwangerschaft und Niederkunft erwachsen sind. Bei den gegen Unfall Versicherten und ihren Hinterbliebenen gilt es nur in soweit, als es sich nicht um einen Anspruch gegen den Unternehmer oder die ihm nach § 899 Gleichgestellten handelt.

§ 17. — Dieses Gesetz tritt mit seiner Verkündung in Kraft.

Für Versicherungsfälle, die vor diesem Tage eingetreten sind, gelten die Vorschriften des Gesetzes vom 26. September 1919 weiter, soweit sie für die Wöchnerin günstiger sind.

Wöchnerinnen, die in der Zeit zwischen dem 1. Oktober 1919 und dem Inkrafttreten dieses Gesetzes entbunden worden sind und als „nichtversicherungsfrei" keinen Anspruch auf Wochenhilfe nach § 205a der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 10 des Gesetzes vom 26. September 1919 haben, steht der Anspruch vom Tage der Niederkunft ab zu, wenn sie den Voraussetzungen des § 205a in der Fassung dieses Gesetzes zur Zeit der Niederkunft genügten.

§ 18. — Die Reichsregierung wird ermächtigt, das Gesetz vom 26. September 1919 in der Fassung zu veröffentlichen, die sich aus diesem Gesetz ergibt.

Anmerkung: Tag der Verkündung (§ 17) ist der 7. Mai 1920 als Tag der Ausgabe der Nr. 99 RGBl. in Berlin.

C. Zur Unfallversicherung.

Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung.

Vom 5. Mai 1920. (RGBl. S. 878.)

Auf Grund des § 1 des Gesetzes über eine vereinfachte Form der Gesetzgebung für die Zwecke der Übergangswirtschaft vom 17. April 1919 (RGBl. S. 394) wird von der Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats und des von der verfassunggebenden Deutschen Nationalversammlung gewählten Ausschusses folgendes verordnet:

§ 1. — Verletzten, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Rente von 50 vom Hundert oder mehr der Vollrente aus Anlaß von Unfällen beziehen, die sich vor dem 1. Februar 1920 ereignet haben, wird für die Zeit vom 1. Januar 1920 bis zum 31. Dezember 1921 eine monatliche, im voraus zahlbare Zulage zu ihrer Rente gewährt, wenn sie nicht Ausländer sind, die sich im Ausland aufhalten. Das gleiche gilt für Verletzte, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung aus Anlaß von Unfällen, die sich vor dem 1. Februar 1920 ereignet haben, mehrere Renten von je weniger als 50 vom Hundert der Vollrente beziehen, wenn die Vomhundertsätze ihrer Renten zusammen mindestens die Zahl 50 ergeben. Bezieht der Verletzte die Renten von mehreren Versicherungsträgern, so gewährt jeder dieser Versicherungsträger die Zulage zu der von ihm gewährten Rente.

§ 2. — Die Zulage zur Verletztenrente beträgt, falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines landwirtschaftlichen Arbeiters oder nach der durchschnittlichen Monatsheuer der Besatzung von Seefahrzeugen berechnet worden ist,

bei Unfällen aus den Jahren 1885 bis einschließlich 1900: 110 vom Hundert,
bei Unfällen aus den Jahren 1901 bis einschließlich 1915: 90 vom Hundert,
bei Unfällen aus den Jahren 1916 bis einschließlich 31. Januar 1920: 60 vom Hundert,

im übrigen

bei Unfällen aus den Jahren 1885 bis einschließlich 1900: 90 vom Hundert,
bei Unfällen aus den Jahren 1901 bis einschließlich 1915: 70 vom Hundert,
bei Unfällen aus den Jahren 1916 bis einschließlich 31. Januar 1920: 40 vom Hundert

des Monatsbetrags der laufenden Rente.

§ 3. — Die auf Grund der §§ 1 und 2 gewährten Zulagen treten vom 1. Januar 1920 ab an Stelle der Zulagen nach der Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung vom 27. November 1919 (RGBl. S. 1921). Diese gewährt der bisher zahlungspflichtige Versicherungsträger bis zur Auszahlung der auf Grund der §§ 1 und 2 gewährten Zulagen weiter. Er rechnet die für die Zeit nach dem 31. Dezember 1919 gezahlten Zulagen von monatlich zwanzig Mark auf die Zulagen an, die er auf Grund der §§ 1 und 2 gewährt. Sind mehrere Versicherungsträger beteiligt (§ 1 Satz 3), so gilt dies entsprechend nach dem Verhältnis der Monatsbeträge der einzelnen Renten mit der Maßgabe, daß der bisher zahlungspflichtige Versicherungsträger von den anderen Versicherungsträgern anteiligen Ersatz verlangen kann.

Ist die auf Grund der §§ 1 und 2 zu gewährende monatliche Zulage niedriger als die bisher gewährte Zulage von monatlich 20 *M*, so ist sie in

der bisherigen Höhe zu gewähren. Sind mehrere Versicherungsträger beteiligt (§ 1 Satz 3), so gewähren sie die Zulage nach dem Verhältnis der Monatsbeträge der einzelnen Renten. Abs. 1 gilt entsprechend.

§ 4. — Verletzten, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung Renten aus Anlaß von Unfällen beziehen, die sich nach dem 31. Januar 1920 ereignet haben oder noch ereignen werden, wird eine Zulage nicht mehr gewährt.

§ 5. — Witwen, Witwern, Kindern, Verwandten der aufsteigenden Linie und elternlosen Enkeln, die als solche auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Rente aus Anlaß von Unfällen beziehen, die sich vor dem 1. Januar 1920 ereignet haben, wird für die Zeit vom 1. Januar 1920 bis zum 31. Dezember 1921 eine monatliche, im voraus zahlbare Zulage zu ihrer Rente gewährt, wenn sie nicht Ausländer sind, die sich im Ausland aufhalten.

§ 6. — Die auf Grund des § 5 zu gewährende Rente beträgt, falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines landwirtschaftlichen Arbeiters oder nach der durchschnittlichen Monatsheuer der Besatzung von Seefahrzeugen berechnet worden ist,

- bei Unfällen aus den Jahren 1885 bis einschließlich 1900: 80 vom Hundert,
- bei Unfällen aus den Jahren 1901 bis einschließlich 1915: 60 vom Hundert,
- bei Unfällen aus den Jahren 1916 bis einschließlich 1919: 40 vom Hundert,

im übrigen

- bei Unfällen aus den Jahren 1885 bis einschließlich 1900: 60 vom Hundert,
- bei Unfällen aus den Jahren 1901 bis einschließlich 1915: 40 vom Hundert,
- bei Unfällen aus den Jahren 1916 bis einschließlich 1919: 20 vom Hundert

des Monatsbetrags der laufenden Rente.

§ 7. — Bei der Anwendung der §§ 119, 120, 1311, 1501 Abs. 2, 1511, 1522, 1528, 1529, 1531, 1541, 1542, 1544 der Reichsversicherungsordnung kommen die nach dieser Verordnung zu gewährenden Zulagen als Unfallentschädigungen nicht in Anrechnung.

§ 8. — Über die Gewährung der Zulage entscheidet der Versicherungsträger von Amts wegen schriftlich. Entscheidungen über die Versagung und den Wegfall der Zulage sind zu begründen.

Gegen die Entscheidung des Versicherungsträgers ist binnen einem Monat nach Zustellung Einspruch an das Oberversicherungsamt (Spruchkammer) zulässig. Über den Einspruch entscheidet dasjenige Oberversicherungsamt, das zu entscheiden hätte, wenn es sich um eine Berufung gegen einen Endbescheid des Versicherungsträgers handeln würde.

Das Oberversicherungsamt entscheidet endgültig. § 1693 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend.

Für Spruchsachen aus dieser Verordnung ist ein Pauschbetrag an das Oberversicherungsamt nicht zu entrichten.

Über Ersatzansprüche aus § 3 Abs. 1, Schlußsatz, entscheidet im Streitfall das Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt).

§ 9. — Ist die Gewährung der Zulage endgültig abgelehnt worden, so ist sie dennoch zu gewähren, wenn und soweit Umstände eintreten, die ihre Gewährung rechtfertigen.

§ 10. — Die Zulage wird nach dem Monatsbetrage der Rente berechnet und auf volle fünf Pfennig für den Monat aufgerundet. Sie wird nur für volle Kalendermonate gewährt. Sie fällt weg, wenn die Rente ruht oder wenn die Voraussetzungen für die Gewährung der Zulage nicht mehr gegeben sind. Die §§ 613, 614, 615 Abs. 1 Nr. 1, Unterabs. 2, der Reichsversicherungsordnung gelten für die Zulagen entsprechend.

§ 11. — Die Zulage wird dem Berechtigten auf Anweisung des Versicherungsträgers vorschußweise durch die für die Rentenzahlung zuständige Postanstalt gegen Quittung ausgezahlt. Die Zahlstelle wird dem Berechtigten von dem Versicherungsträger mitgeteilt.

§ 12. — Jede Person, die berechtigt ist, ein öffentliches Siegel zu führen, ist befugt, die bei den Zahlungen erforderlichen Bescheinigungen zu beglaubigen.

§ 13. — Für die Abführung der Beträge an die Post gelten die §§ 777, 778, 780 bis 782 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 14. — Die Versicherungsträger sind berechtigt, in Höhe der auf Grund dieser Verordnung nach ihren Anweisungslisten durch Vermittlung der Post gezahlten Zulagen nach näherer Bestimmung des Reichsversicherungsamts fünfprozentige Schuldverschreibungen, Schuldbuchforderungen und Schatzanweisungen der Kriegsanleihen des Deutschen Reiches zum Anschaffungspreis oder, wo dieser nicht feststellbar ist, zum Kurse von 97 vom Hundert bei Zahlung der Postvorschüsse (§ 728 der Reichsversicherungsordnung) an Zahlungs Statt abzuführen.

§ 15. — Die Genossenschaften bringen die Mittel für die Gewährung der Zulagen in gleicher Weise wie die Mittel für ihre übrigen Leistungen auf.

§ 16. — Das Reichsversicherungsamt bestimmt das Nähere über die Durchführung dieser Verordnung und über das Verfahren.

§ 17. — Diese Verordnung tritt mit dem Tage ihrer Verkündung in Kraft.

Anmerkung: Tag der Verkündung (§ 17) ist der 8. Mai 1920 als Tag der Ausgabe der Nr. 100 RGBl. in Berlin.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Arbeitsgemeinschaft von Reichsversicherungsträgern der Rheinprovinz.

Seit längerer Zeit wurde im Bezirk der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz der Zusammenschluß aller Träger der Reichsversicherung zur Förderung des Ausbaues der sozialen Fürsorge angestrebt, entsprechend den Vorschlägen des Geheimrats Dr. Schulz in Heft 5 der Monatsschr. für Arb- und AngestVers. Am 30. März d. Js. ist in Düsseldorf eine Arbeitsgemeinschaft von Reichsversicherungsträgern der Rheinprovinz gegründet worden in einer großen Versammlung von Vertretern aller Versicherungszweige, in der das Reichsversicherungsamt (wegen Behinderung des Präsidenten Dr. Kaufmann) durch Geheimrat Schulz vertreten war. Da eingehende Vorverhandlungen vorausgegangen waren, so konnte der Versammlung ein fertiger Satzungsentwurf vorgelegt werden.

Der Leiter der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, Landesrat Appelius, eröffnete die Versammlung durch eine Ansprache, in der er u. a. darauf hinwies, daß eine Vereinfachung des umfangreichen Versicherungsapparates dringend erwünscht sei. Wenn man auch eine Verschmelzung der drei Versicherungszweige ablehne, um einen gegenseitigen Wettbewerb nicht zu verhindern, so ließen sich doch, wie der Redner an zahlreichen Beispielen aus der Praxis zeigte, eine Reihe von wirksamen Vereinfachungen durchführen. Die Rheinprovinz mit ihrem vielgestaltigen wirtschaftlichen Leben wolle einen Versuch auf diesem Gebiet unternehmen. Es solle der Gesetzgebung vorgearbeitet werden. Man wolle nicht, daß den Versicherungsträgern Gesetze vorgelegt werden, die nicht von Sachverständigen gemacht worden sind. Aus der Praxis heraus müsse für die Praxis gearbeitet werden. Im weiteren Verlauf seiner Ausführungen erörterte Landesrat Appelius die zunächst gesteckten Ziele, wie sie in dem Satzungsentwurf niedergelegt sind (siehe unten). — Der Vertreter der Vereinigung rheinischer Berufsgenossenschaften, Verwaltungsdirektor Lohmar (Cöln), die Herren Sieberts (Düsseldorf) für die Vereinigung rheinischer Krankenkassen und Servais (Aachen) für den Provinzialverband, begrüßten die Gründung der Arbeitsgemeinschaft und erklärten sich namens ihrer Verbände zu tatkräftiger Mitarbeit bereit. — Geheimrat Dr. Schulz überbrachte zunächst Glückwünsche des Präsidenten Dr. Kaufmann und betonte, es sei wichtig, den Gang der Gründung zu verfolgen. Im Reichsarbeitsministerium werde ein Gesetzentwurf ausgearbeitet, der es ermögliche, die Krankenkassen eines Versicherungsamtes von Amts wegen zu einem Kassenverbande nach Maßgabe der Vorschriften der §§ 406 ff. RVO. zu vereinigen. Bedeutungsvoll sei es, daß die Rheinprovinz noch weitergehen wolle und mit einem Beispiel voranschreite, das von grundlegender Bedeutung für das Versicherungswesen im ganzen Reiche sein könne. — Nach einigen kurzen weiteren Bemerkungen wurde die Gründung der Arbeitsgemeinschaft beschlossen. Folgender Satzungsentwurf gelangte einstimmig zur Annahme. Die Kosten deckt für das erste Jahr die Landes-Versicherungsanstalt Rheinprovinz, bis hinreichende Erfahrungen vorliegen, wie endgültig die Kostendeckung zu gestalten ist.

Satzung der Arbeitsgemeinschaft von Reichsversicherungsträgern der Rheinprovinz.

1. Die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz und die in ihrem Bezirke tätigen Verbände und Vereinigungen der Versicherungsträger (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Ausführungsbehörden und Sonderanstalten) schließen sich zu einer Arbeitsgemeinschaft mit dem Sitze in Düsseldorf zusammen. — Der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und den Knappschaftsvereinen steht es frei, der Arbeitsgemeinschaft beizutreten.

2. Zweck der Arbeitsgemeinschaft ist die Förderung der den einzelnen Versicherungsträgern gesetzlich obliegenden oder von ihnen freiwillig übernommenen Aufgaben. (Gemeinsames Vorgehen, gegenseitige Verständigung und Unterstützung, Austausch von Erfahrungen und dergl.). — Als Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft sind u. a. anzusehen:

a) Allgemeine Krankenfürsorge (vorbeugende und helfende):
Fürsorgemaßnahmen gegen Volkskrankheiten, Wohnungsfragen, Ausbildung von Helfern und Fürsorgern, erste Hilfeleistung, Transport.

b) Besondere Heil- und Berufsfürsorge für Schwerbeschädigte und chronisch Kranke:
Arbeitsbehandlung, Um- und Anlernung, Sicherung von Arbeitsgelegenheiten, Abkommen der Landesversicherungsanstalt, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, der Berufsgenossenschaften, Ausführungsbehörden und Sonderanstalten mit den Krankenkassen über die Durchführung des Heilverfahrens. Gemeinsame Krankenkontrolle.

c) Wirtschaftliche Fragen:
Gemeinsame Verträge mit Heilanstalten, Errichtung und Betrieb gemeinsamer Krankenhäuser und Behandlungsinstitute, gemeinsamer Einkauf von Bedarfsgegenständen für Heilstätten und Krankenbehandlung, gemeinsame Beschaffung von Bürobedarf.

d) Allgemeine Fragen:
Gemeinsame Verhandlungen mit der Ärzteschaft und Apothekern, sowie Verhandlungen mit Lieferanten, Aufklärung der Versicherten durch Wort und Schrift, Herrichtung von Anschauungsmaterial, gemeinsame statistische Erhebungen, Fortbildung der Beamten und Angestellten, Errichtung einer Auskunftsstelle für Versicherte, Arbeitgeber und die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft, gemeinsame Vertretung vor Versicherungsbehörden und ordentlichen Gerichten, Einrichtung von Schiedsgerichten bei Streitigkeiten unter den Versicherungsträgern, Stellungnahme zu den Orts- und Grundlöhnen und zum Werte der Sachbezüge.

Für die Lösung einzelner Aufgabenkreise können vom Vorstand besondere Fachausschüsse bestellt werden. Diesen steht das Recht zu, zu den Beratungen auch Nichtmitglieder (Sachverständige und Personen des praktischen Lebens, welche sich auf dem Gebiete bewährt haben), zuzuziehen.

3. Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft können die in Ziffer 1 Genannten werden. Die nicht den beigetretenen Verbänden und Vereinigungen angeschlossenen Versicherungsträger können für sich die Mitgliedschaft erwerben.

4. Die Mitgliedschaft wird erworben durch einen an die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft zu richtenden schriftlichen Antrag. Über den Antrag entscheidet der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft. Der Austritt erfolgt durch schriftliche Erklärung, welche drei Monate vor Ablauf des Geschäftsjahres bei der Geschäftsstelle eingehen muß. Das austretende Mitglied bleibt hinsichtlich der Beschlüsse, welche wäh-

rend seiner Mitgliedschaft gefaßt sind, haftbar. Im Streitfalle entscheidet unter Ausschluß des Rechtsweges ein vom Präsidenten des Reichsversicherungsamts zu bestellendes Schiedsgericht von drei Mitgliedern.

5. Organe der Arbeitsgemeinschaft sind: a) der Vorstand und b) die Mitgliederversammlung.

6. Dem Vorstand der Arbeitsgemeinschaft steht eine Geschäftsstelle zur Seite. Sie ist am Sitze der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz und führt die laufenden Geschäfte nach Anweisung des Vorstandes.

7. Den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft bilden je 4 Vertreter der Krankenversicherung, der Unfallversicherung und der Invalidenversicherung. Von diesen Mitgliedern bestellen je einen die Verbände und Vereinigungen der Ortskrankenkassen, Landkrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen, zwei die Rheinische Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen, je einen die Rheinische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft und die Ausführungsbehörden für die Unfallversicherung, drei die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz (einschl. der Reichsversicherungsanstalt) und einen die Sonderanstalten für die Invalidenversicherung. Hierzu tritt noch ein Vertreter der nicht einem Verbande oder einer Vereinigung angehörenden Versicherungsträger. — Für jedes Mitglied sind gleichzeitig zwei Stellvertreter zu bestellen. — Der Vorstand wählt seinen Vorsitzenden, sowie den Stellvertreter aus seiner Mitte. Das Amt des Vorsitzenden soll unter den drei Versicherungsträgern abwechseln, jedoch ist Wiederwahl zulässig. — An den Vorstandssitzungen können Sachverständige mit beratender Stimme teilnehmen.

8. Dem Vorstand liegt es ob, über die Aufnahme neuer Mitglieder zu entscheiden, die Vorlagen für die Mitgliederversammlung vorzuberaten, die Beschlüsse der Mitgliederversammlung auszuführen, Anregungen zu geben und Anträge bei den Behörden zu stellen und diesen bei der Durchführung von Maßnahmen im Interesse der Volkswohlfahrt, soweit die Rheinprovinz in Frage kommt, beratend zur Seite zu stehen.

9. Die Mitgliederversammlung findet mindestens einmal jährlich statt. Auf Antrag von mindestens einem Zehntel der Mitglieder muß eine außerordentliche Mitgliederversammlung einberufen werden. Die Einladung und die Leitung erfolgt durch den Vorsitzenden des Vorstandes. Jede ordnungsmäßig eingeladene Mitgliederversammlung ist beschlußfähig. Die Abstimmung erfolgt gruppenweise in der Art, daß das Stimmverhältnis für die Vertreter der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung je vier Dreizehntel und für die nicht einem Verbande oder einer Vereinigung angehörenden Versicherungsträger ein Dreizehntel beträgt. Änderungen der Satzung und Auflösung der Arbeitsgemeinschaft können nur beschlossen werden, wenn zwei Gruppen der Versicherungsträger in ihrer Mehrheit dafür sind.

10. Die Mitgliederversammlung beschließt über: a) die Geschäftsführung und den Aufgabenkreis der Arbeitsgemeinschaft, b) die Aufbringung der Mittel für die Arbeitsgemeinschaft, c) alle ihr vom Vorstande zur Beschlußfassung unterbreiteten Vorlagen, d) Satzungsänderungen und Auflösung der Arbeitsgemeinschaft (Ziff. 9).

11. Zu allen Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlungen ist das Reichsversicherungsamt unter Mitteilung der Tagesordnung einzuladen. Ihm steht es frei, einzelne Gegenstände auf die Tagesordnung zu setzen und zu den Sitzungen einen Vertreter mit beratender Stimme zu entsenden.

12. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

Anmerkung: Es ist ein einleuchtender Gedanke, daß gemeinsame Interessen am wirksamsten gefördert und widerstreitende am leichtesten ausgeglichen werden durch Zusammenarbeit der Beteiligten im Bewußtsein des gemeinsamen Zieles. Dieser Gedanke scheint auch außerhalb des Rheinlandes bei den Trägern der Reichsversicherung auf fruchtbaren Boden zu fallen. So hat sich auch für Groß-Berlin eine ähnliche Arbeitsgemeinschaft gebildet, an deren Spitze der Vizepräsident der Versicherungsanstalt für Angestellte, Dr. Beckmann, steht. Ferner ist der Entwurf eines Reichsgesetzes ausgearbeitet, das den Reichsarbeitsminister ermächtigen soll, Träger der Reichsversicherung, zum Zwecke gemeinsamer Wohlfahrtspflege für die Versicherten, in Arbeitsgemeinschaften zusammenzuschließen und für diese oder für die Versicherungsträger bindende Richtlinien zur Durchführung des Heilverfahrens aufzustellen. Es verlautet, daß dieser Plan bei den davon Betroffenen keinen ungeteilten Beifall findet. „Wenn zwei dasselbe tun, so ist es eben nicht dasselbe.“ Wider ihren Willen durch behördlichen Zwang zusammengeschlossene Versicherungsträger werden — so meint man wohl — nicht mit der gleichen Hingabe und folglich nicht mit gleichem Erfolge an die Gemeinschaftsarbeit gehen wie diejenigen, die sich freiwillig zu solchem Zwecke verbunden haben. Man kann das zugeben und dennoch entgegenhalten, daß gerade auf dem Gebiete der Sozialversicherung die zwangsweise Zusammenfassung zersplitterter und scheinbar widerstrebender Kräfte sich vielfach bewährt hat und daß die rechte Erkenntnis und freudige Betätigung der gemeinsamen Interessen dem Zwange nachgefolgt ist. Nur freilich dürfte der Zwang nur hilfsweise geübt werden, nämlich wenn trotz zweifelsfreien Bedürfnisses die freiwillige Vereinigung ausbleibt oder ihre Betätigung dem Bedürfnisse nicht gerecht wird.

Beamte und Angestellte von Betriebskrankenkassen.

Der Verband zur Wahrung der Belange deutscher Betriebskrankenkassenbeamter Kempten (Allg.) schreibt uns:

Dem Bescheid des Oberversf. Amts Groß-Berlin vom 24. 11. 1919 (G 1405/19) abgedruckt in der ArbVers. 1920 Heft 13 S. 247, wonach es bei Betriebskrankenkassen Beamte und Angestellte nicht gibt und deshalb eine Betriebskrankenkasse als solche Beamte und Angestellte auch nicht mit Anrecht auf Ruhegehalt anstellen kann, mag hier entgegengehalten werden:

Die Spinnerei und Weberei H. bei A. stellte beim Bayer. Versorgungsverband den Antrag, den Geschäftsführer ihrer Betriebskrankenkasse zur Versicherung gegen Ruhegehalt beim Bayer. Versorgungsverband zuzulassen. Dieser Antrag wurde vom Versorgungsverband wiederholt abgelehnt mit der Begründung, daß Geschäftsführer und Angestellte bei Betriebskrankenkassen nicht als Beamte des öffentlichen Rechts anzusehen seien.

Gegen diese Bescheide erfolgte Beschwerde zum Schiedsgericht; die Beschwerde wurde von der Antragstellerin und dem Verband zur Wahrung der Belange deutscher Betriebskrankenkassenbeamter nachdrücklichst vertreten mit dem Ergebnis, daß der Beschwerde stattgegeben, die Angestellten der Betriebskrankenkassen als öffentlich-rechtliche Beamte anerkannt und zur Versicherung gegen Ruhegehalt beim Bayer. Versorgungsverband zugelassen wurden.

Anmerkung: Entsprechend der vorstehenden Auffassung nimmt auch Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1a zu § 362 RVO., an, daß man sehr wohl auch von „Angestellten der Betriebskrankenkassen" reden könne, wie es im Abs. 2 des § 362 tatsächlich geschieht. Das Reichsversicherungsamt aber hat in den Gründen der Entsch. 2164, Amtl. Nachr. 1916 S. 377 angenommen, daß dies nur ein ungenauer Ausdruck sei.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

a) Wochenfürsorge für die nach § 169 ff. RVO. Befreiten. b) Wiederaufnahme als Mitglied nach § 6 Ges. v. 1. 4. 20 (Heft 12 S. 228).

1. **Nach Zell.** Antwort: a) Wenn Kleeis im Heft 11 S. 207 bemerkt, daß die auf Grund der §§ 169 bis 172 RVO. Befreiten von der „Fürsorge" ausgenommen sind, so ist das, wie der Zusammenhang der Ausführungen ergibt, selbstverständlich nur auf die Wochenhilfe zu beziehen, welche die Kassen den bei ihnen Versicherten zu gewähren haben (zu vgl. §§ 195a, 205a RVO.); hiervon sind jene Befreiten ausgenommen. Die „Wochenfürsorge" im technischen Sinne des § 17 Ges. v. 26. 9. 19 steht unter den Voraussetzungen dieser Vorschrift selbstverständlich auch den Befreiten zu.

b) Nach näherer Vorschrift des § 6 des Ges. v. 1. 4. 20 (ArbVers. Heft 12 S. 228) ist zur Wiederaufnahme als Mitglied gemäß § 313 RVO. berechtigt, wer in der Zeit seit dem 2. 12. 18 wegen Überschreitens der Einkommensgrenze von 5000 M ausgeschieden ist, sofern er beim Ausscheiden zur Weiterversicherung berechtigt war. Nach Wortlaut und Zweck der Bestimmung halten wir für zweifelsfrei, daß sie nicht nur auf solche Personen Anwendung findet, die von ihrem Recht der Weiterversicherung nach § 313 RVO. überhaupt keinen Gebrauch gemacht haben, sondern auch auf solche, die sich zunächst weiterversichert, dann aber durch zweimalige Beitragssäumnis nach § 314 Abs. 1 RVO. die Mitgliedschaft eingebüßt haben; denn auch sie sind „wegen Überschreitens der Einkommensgrenze", wenn auch nicht alsbald und auch nur infolge eines weiter hinzugekommenen Umstandes, aus der Kasse ausgeschieden, und sie waren in diesem Zeitpunkte noch ebenso wie beim Überschreiten der Einkommensgrenze „zur Weiterversicherung berechtigt".

Kein Anspruch der Hebamme usw. gegen die Kasse auf Zahlung der baren Beihilfen aus § 195a RVO.

2. **Nach Augsburg.** Antwort: Da Ihre Kasse nicht die Sachleistungen aus § 195c RVO. gewährt, hat sie der Wöchnerin die baren Beihilfen aus § 195a Ziff. 1 und 3 zu gewähren. Sie ist nicht verpflichtet, wohl aber berechtigt, diese Beträge oder Teile davon, auf Ersuchen des Arztes oder der Hebamme oder des Wöchnerinnenheims an diese Personen oder Anstalten zu zahlen, wenn die Wöchnerin (als die allein unmittelbar der Kasse gegenüber Forderungsberechtigte) zustimmt. Diese Zustimmung hat nicht etwa die Bedeutung einer Übertragung des Anspruchs, die nur unter den einschränkenden Voraussetzungen des § 119 RVO. rechtswirksam wäre, sondern sie steht einem Ersuchen oder Auftrage der Wöchnerin gleich, den die Kasse nicht zu übernehmen braucht, aber übernehmen darf. Einen Anspruch gegen die Kasse auf Zahlung erlangen hiernach der Arzt oder die Hebamme oder die Anstalt nicht.

Berechnung des Jahres vor der Entbindung im Falle des § 197 RVO.

3. **Nach Magdeburg.** Antwort: Wenn gemäß § 197 der Umfang der Erstattungspflicht sich nach den Mitgliedszeiten im vergangenen Jahr bemißt, so muß dieser Zeitraum von der Entbindung an rückwärts ununterbrochen gerechnet werden. Es ist nicht gerechtfertigt, hierbei die vorhergegangene Militärdienstzeit unberücksichtigt zu lassen und einen vor dieser liegenden Zeitraum mitheranzuziehen. Eine solche Auslegung des Gesetzes haben wir bereits in der ArbVers. 1920 S. 158 Ziff. 2 zurückgewiesen.

Nachweis der von der Kasse verauslagten Beträge für Familienwochenhilfe.

4. **Nach Lübbecke.** Antwort: Nach § 20 Ges. v. 26. 9. 19 hat die Kasse die (für Rechnung des Reichs) verauslagten „Beträge" dem Versicherungsamt „nachzuweisen"; dieses hat das Recht der Beanstandung, das Oberversicherungsamt entscheidet darüber endgültig. Der hiernach der Kasse obliegende Nachweis der Richtigkeit des Anspruchs überhaupt und der einzelnen Beträge erfordert nicht unter allen Umständen die Beibringung von Belegen, sondern es kann auch die bloße Darlegung der Sachlage nach den Verhältnissen genügend glaubhaft erscheinen, um die Beibringung eines weiteren Nachweises entbehrlich zu machen (zu vgl. Entsch. des RVA. 1210 Amtl. Nachr. 1893 S. 158). Es ist daher jedenfalls nicht gerechtfertigt, wenn das Versicherungsamt allgemein zum Nachweise, daß die Ehefrau mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft lebt, von der Kasse die Vorlegung einer polizeilichen Bescheinigung fordert; wenn nicht besondere Umstände einen Zweifel in dieser Hinsicht rechtfertigen, wird die pflichtmäßige Prüfung und Feststellung dieser Voraussetzung durch die Kasse selbst genügen müssen. Noch weniger kann der Kasse zugemutet werden, daß sie eine „eidesstattliche Versicherung" (von wem?) darüber beibringe, daß die Wöchnerin keiner anderen Kasse als Mitglied angehört. So erwünscht es auch sein mag, Vorsorge zu treffen, daß die Wöchnerin nicht etwa neben der Familienwochenhilfe aus § 205a RVO. noch von einer anderen Kasse entsprechende Leistungen auf Grund eigener Versicherung aus § 195a beansprucht

und erlangt, so ist doch die Leistungspflicht der Kasse aus § 205a und folglich auch die Erstattungspflicht des Reichs in keinem Falle von dem geforderten Nachweis abhängig.

a) Schadenersatzanspruch der Krankenkasse gegen die Gemeinde wegen Tötung eines Versicherten bei politischen Unruhen. b) Vergütung der Kassenärzte nach der Mitgliederzahl.

5. **Nach W. a.** Antwort: a) Daß und unter welchen Voraussetzungen überhaupt Schadenersatzansprüche der Krankenkasse gegen die Gemeinde wegen Verletzung oder Tötung von Versicherten bei politischen Unruhen auf Grund des preußischen Gesetzes v. 11. 3. 50 in Verbindung mit § 1542 RVO. bestehen können, darüber verweisen wir auf die Auskünfte im Jahrg. 1919 S. 379 Ziff. 10 und S. 537 Ziff. 1. Unter jenen allgemeinen Voraussetzungen geht auch der Anspruch gegen die Gemeinde auf Ersatz der Beerdigungskosten (§ 844 BGB.) nach § 1542 RVO. insoweit auf die Kasse über, als sie nach der RVO. und der Satzung Sterbegeld zu gewähren hat. Da die Gemeinde selbst das Begräbnis besorgt hat, hätte sie nach § 203 RVO. zunächst Anspruch auf das Sterbegeld gehabt; da sie aber zugleich der Kasse gegenüber nach § 1542 ersatzpflichtig ist, so ist ihr Anspruch, wie sie ja auch anerkennt, getilgt. Die Ehefrau des Getöteten könnte hiernach auf Grund des § 203 von der Kasse nur einen etwaigen Überschuß des satzungsmäßigen Sterbegeldes über die von der Gemeinde bestrittenen Begräbniskosten fordern.

b) Wenn die Kassenärzte nach ihrem Vertrage eine Vergütung zu fordern haben, die sich nach einem bestimmten Betrage für jedes Mitglied der Kasse bemißt, so kommt es in keiner Weise darauf an, ob und in welchem Maße die Ärzte tatsächlich von den einzelnen Mitgliedern in Anspruch genommen werden und ob und aus welchen Gründen einzelne Mitglieder die Kassenärzte überhaupt nicht in Anspruch nehmen. Wir halten es daher für nicht gerechtfertigt, daß die Kasse bei Berechnung der den Ärzten zustehenden Vergütung die (rund) 100 Mitglieder außer Betracht lassen will, die „auswärts wohnen und im Krankheitsfalle auch vielfach auswärtige Ärzte in Anspruch nehmen".

Ersatzansprüche der Krankenkasse wegen Tumultschäden.

6. **Nach Striegau.** Frage: Am 16. d. Mts. kam es infolge des Generalstreiks bei Zerstreuung der feiernden Arbeitermassen zu Zusammenstößen mit Militärpatrouillen. Bei dieser Gelegenheit wurden zwei Mitglieder unserer Kasse erschossen. Die beiden waren nicht am Krawall beteiligt, sondern standen abseits. Wir mußten in jedem Falle 300 ℳ Sterbegeld zahlen. Können wir hierfür die Stadt oder die Militärverwaltung regreßpflichtig machen?

Antwort: Da die Getöteten kein Verschulden trifft, so haben diejenigen, die durch die Tötung geschädigt worden sind, Anspruch auf Ersatz aus dem preußischen Gesetz, betreffend die Verpflichtung der Gemeinden zum Ersatz des bei öffentlichen Aufläufen verursachten Schadens vom 11. 3. 1850. Geschädigt durch den Tod ist der Erbe, dem nach § 1968 BGB. die Kosten der standesmäßigen Beerdigung zur Last fallen. Er hat einen Anspruch auf ihren Ersatz gegen die Gemeinde gemäß § 1 Ges. v. 11. 3. 50. — Gemäß §§ 2 und 3, sofern die Menschenmenge von außen in den Gemeindebezirk eingedrungen ist. — Bezahlt er die Beerdigungskosten, so steht ihm insoweit nach § 203 RVO. das Sterbegeld zu. Auf die Kasse ihrerseits geht der Anspruch des Erben aus dem Gesetz v. 11. 3. 50 über gemäß § 1542 RVO. Dieser Paragraph spricht freilich von Ansprüchen, die die Versicherten oder „ihre Hinterbliebenen" haben. Aber man wird hier den Begriff der Hinterbliebenen nicht auf Angehörige der verstorbenen Versicherten beschränken dürfen. Vielmehr sind darunter offenbar alle Personen zu verstehen, die durch den Tod eines Versicherten Ansprüche aus der RVO. erwerben; daß dies ausnahmsweise auch andere Personen, als nahe Angehörige sein können — wie z. B. im Falle des § 203 — daran hat der Gesetzgeber anscheinend nicht gedacht. Jedenfalls liegt kein Grund vor, dem Versicherungsträger den Ersatzanspruch zu versagen, wenn derjenige, der das Sterbegeld erhält, einen Entschädigungsanspruch wegen der Beerdigungskosten gegen einen Dritten hat. Die Kasse kann aber immer nur die Erstattung insoweit verlangen, als das Sterbegeld die Kosten der Beerdigung deckt, weil ja auf sie nur der Ersatzanspruch des geschädigten Dritten übergeht. Einen selbständigen Anspruch aus dem Tumultschadengesetz hat sie nicht. Denn ihre Verpflichtung zur Zahlung des Sterbegeldes hat nicht in diesem Gesetze ihren Grund, sondern in den Vorschriften der RVO. Der Schade, für den das TumSchGes. Entschädigung gewährt, trifft die Kasse nicht unmittelbar. Eine Haftung der Militärverwaltung kommt nicht in Frage. Denn es ist anzunehmen, daß die Soldaten in rechtmäßiger Ausübung der ihnen anvertrauten Gewalt gehandelt haben, und daß ein unvermeidlicher Zufall vorlag, wenn Unbeteiligte getroffen wurden. Zu beachten ist, daß nach § 5 Ges. v. 11. 3. 50, die Forderung bei der Gemeinde binnen 14 Tagen, „nachdem das Dasein des Schadens zu seiner (des Forderungsberechtigten) Wissenschaft gelangt ist", angemeldet werden muß, und binnen vier Wochen nach Erhalt des ablehnenden Bescheids nötigenfalls die gerichtliche Klage zu erheben ist.

a) Erstattungspflicht aus § 197 RVO. bei Kassenwechsel. b) Lieferung eines während der Mitgliedschaft zugesagten Heilmittels nach deren Beendigung.

7. **Nach Wurzen.** Antwort: a) Die Leistungspflicht richtet sich allerdings nach der Mitgliedszeit vor der Entbindung. Es kann daher vorkommen, daß die leistungspflichtige Kasse alle ihre Aufwendungen erstattet bekommt, nämlich dann, wenn sie die Wochenhilfe während der Unterstützungsdauer gemäß § 212 RVO. übernehmen mußte (vgl. ArbVers. 1920 S. 159 Ziff. 4). Immerhin wird hierdurch die Bestimmung, daß leistungspflichtig jeweils die Kasse ist, bei der die Mitgliedschaft besteht, nicht überflüssig. Erstens nämlich soll die Wöchnerin stets Gewißheit haben, von welcher Kasse sie die Wochenhilfe zu beanspruchen hat. Außerdem kann der Fall eintreten, daß die leistungspflichtige deswegen, weil bei ihr das Wochengeld höher ist, als bei der erstattungspflichtigen, nicht die vollen Aufwendungen erstattet bekommt. Denn diese braucht nie mehr zu erstatten, als sie hätte leisten müssen, wenn sie selbst hierzu verpflichtet gewesen wäre (vgl. ArbVers. 1920 S. 159 Ziff. 5; Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 zu § 197). In dem geschilderten Falle ist übrigens der Ehemann bei der leistungs-

pflichtigen Kasse doch zwei Tage vor der Entbindung seiner Ehefrau Mitglied gewesen.

b) Hat die Kasse den Zuschuß zum Zahnersatz zugesagt, so muß sie ihn leisten, auch wenn der Versicherte nachträglich zu einer anderen Kasse übertritt. Wir verweisen auf die den gleichen Fall behandelnde Auskunft in der ArbVers. 1920 S. 97 Ziff. 7.

Zuständige Krankenkasse für den Beitritt eines Hausierers.

8. Nach Münster. Antwort: Der Hausierer ist ein selbständiger Gewerbetreibender, der als solcher nicht versicherungspflichtig, aber nach § 176 Abs. 1 Ziff. 3 RVO. zur freiwilligen Krankenversicherung berechtigt ist. Solche Berechtigte können nach § 238, wenn sie nicht gemäß §§ 243, 244, 245 Abs. 4, 250 Abs. 2 Mitglieder einer besonderen Orts- oder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden, je nach Art ihrer Beschäftigung entweder der allgemeinen Ortskrankenkasse oder der Landkrankenkasse ihres Beschäftigungsorts beitreten. Von diesen beiden Kassen ist daher diejenige für die freiwillige Versicherung zuständig, welcher der Berechtigte nach der Art seiner Beschäftigung anzugehören hätte, wenn er diese Beschäftigung nicht selbständig, sondern in abhängiger Stellung ausübte. Dies aber ist, da die Beschäftigung des Hausierers ein Wandergewerbe ist, die Landkrankenkasse des Ortes, bei dessen Polizeibehörde er den Wandergewerbeschein beantragt (§§ 235, 459 RVO.).

Hinzuziehung des Betriebsrates zu den Vorstandssitzungen.

9. Nach Kiel. Antwort: Wenn auch bereits nach dem Gesetz, § 11 RVO., die Sitzungen der Kassenorgane nicht öffentlich sind, so schließt das doch nicht aus, daß zu ihnen Personen hinzugezogen werden können, die an den zu verhandelnden Gegenständen ein Interesse haben. (Vgl. auch Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 1 und 2 zu § 11.) Diese Voraussetzung kann aber sehr wohl bei Mitgliedern des Betriebsrats erfüllt sein. Denn dieser hat nach § 66 Betriebsrätegesetz u. a. die Aufgabe, die Betriebsleitung durch Rat bei Erzielung einer möglichst hohen Wirtschaftlichkeit der Betriebsleistungen zu unterstützen, an der Einführung neuer Arbeitsmethoden mitzuarbeiten, Dienstvorschriften für die Arbeitnehmerschaft mit dem Arbeitgeber zu vereinbaren, das Einvernehmen zwischen beiden Teilen zu fördern. Diese Aufgaben können sehr wohl eine Hinzuziehung zu den Vorstandssitzungen, selbstverständlich ohne Einräumung eines Stimmrechts, rechtfertigen. Zu beachten ist, daß die Mitglieder des Betriebsrats verpflichtet sind, über die ihnen gemachten vertraulichen Angaben Stillschweigen zu bewahren (§§ 71 Abs. 3, 100 Betriebsräte-Ges.).

Wahlberechtigung und Wählbarkeit von Krankenkassenbeamten zum Betriebsrat.

10. Nach Crefeld. Antwort: Wahlberechtigt und wählbar sind nach § 20 des Betriebsrätegesetzes nur „Arbeitnehmer“, und als solche gelten nach § 10 Abs. 2 Ziff. 1 nicht „die öffentlichen Beamten“. Hierzu gehören auch die Beamten der öffentlich-rechtlichen Korporationen, insbesondere also auch der Träger der Reichsversicherung. Bei den Krankenkassen sind danach diejenigen Angestellten, denen die Rechte und Pflichten staatlicher oder gemeindlicher Beamten gemäß § 359 RVO. verliehen waren und die in diese Rechte und Pflichten nach §§ 8, 9 des Ges. v. 28. 6. 19 (ArbVers. 1919 S. 412) wieder eingetreten sind, gleichfalls den öffentlichen Beamten zuzurechnen und somit weder wahlberechtigt noch wählbar, solange sie nicht durch besondere Verordnung der Landesregierung auf Grund des § 13 Abs. 2 des Betriebsrätegesetzes den Arbeitnehmern im Sinne dieses Gesetzes gleichgestellt sind. Dies ist bisher in Preußen nicht geschehen (zu vgl. Art. I der preuß. Vrdg. zur Ausführung des Betriebsrätegesetzes v. 8. 3. 20, Ges. S. S. 57).

Aufgaben eines Kassenverbandes (§§ 406, 407 RVO.).

11. Nach D. Antwort: Die Aufnahme einer Bestimmung in die Verbandssatzung, wonach der Verband auch berufen sein soll, „eine Familienkrankenkasse für diejenigen Versicherten von Verbandskassen zu errichten, welche noch nicht in der Lage sind, satzungsgemäß für ihre Mitglieder Familienhilfe einzuführen“, ist mit den gesetzlichen Vorschriften schlechthin unvereinbar. Die zulässigen Zwecke eines nach § 406 RVO. errichteten Kassenverbandes sind im § 407 erschöpfend aufgeführt. Andere Zwecke darf er nicht verfolgen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1 zu § 407). Nach Ziff. 5 des § 407 kann der Verband zwar eine Art von Rückversicherung „für bestimmte Krankheitsarten oder Erkrankungsfälle“ übernehmen; das setzt aber voraus, daß die Verbandskassen nach ihren Satzungen für Fälle dieser Art Leistungen zu gewähren haben, trifft also auf die vorliegende Frage nicht zu. Vor allem schon an dieser Voraussetzung fehlt es, wenn die „Familienkrankenkasse“ für die Versicherten derjenigen Verbandskassen vom Verband errichtet werden soll, die satzungsmäßig keine Familienhilfe gewähren. Demgegenüber ist es ein aussichtsloses Bemühen, die unzulässige Einrichtung dadurch rechtfertigen zu wollen, daß in der Einleitung der Satzung gesagt werden soll, der Verband übernehme die Kosten der Familienhilfe für jene Kassen gegen Überweisung der Zusatzbeiträge „auf Grund des § 407 Ziff. 5 RVO.“. Diese Ziff. 5 trifft aber in keiner Weise zu, und nur auf Ziff. 5 bezieht sich die von Ihnen mißverstandene Bemerkung bei Olshausen (Anm. 6 zu § 7), der gleichfalls annimmt, daß der Verband andere als die im § 407 bezeichneten Aufgaben nicht übernehmen darf (Anm. 1). Durch die Aufnahme der fraglichen Satzungsbestimmung würde sich der Verband zum teilweisen Träger der Krankenversicherung erheben, was auch mit den §§ 3, 225 RVO. unvereinbar ist.

Arbeiterin, Lehrling, Dienstbote oder: Schülerin?

12. Nach Ingolstadt. Frage: Eine sozial-charitative Anstalt — Bewahrschule, Hortschule, Handarbeitsschule und Heim für alleinstehende Frauen und Mädchen — veranstaltet praktische Lehrkurse für Kochen und sämtliche Hausarbeiten. Diese dauern jeweils sechs Monate. Die Teilnehmerzahl beträgt durchschnittlich 15 bis 20 Mädchen im Alter von 14 bis 18 Jahren. Für die meisten Mädchen bedeutet dieser Kursus die Vorbereitung für den Hausdienst (als Zimmermädchen, Köchin). Für Verpflegung, Wohnung und Wäsche zahlen die Kursteilnehmerinnen monatlich 65 *M*, müssen aber auch die gesamte Arbeit in Küche und Haus mitverrichten. Der Vorstand dieser Anstalt beantragte die Auf-

nahme dieser Mädchen in die Kasse entweder als Pflicht- oder als freiwillige Mitglieder. Ist das begründet?

Antwort: Versicherungspflichtig sind die Mädchen nicht, weil sie — was hier allein in Frage kommen kann — weder Arbeiterinnen, noch Lehrlinge, noch Dienstboten im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. sind. Denn das Verhältnis beruht nicht darauf, daß sie, wie der Begriff des Arbeiters oder des Dienstboten voraussetzt, ihre Arbeitskraft der Anstalt als einem Arbeitgeber zur Verfügung stellen, sondern darauf, daß sie in der Anstalt für einen Beruf vorbereitet werden und im wesentlichen zu diesem Zwecke an den Hausarbeiten teilnehmen. Sie sind aber auch nicht als Lehrlinge anzusehen, weil ihre Ausbildung innerhalb einer ausschließlich oder doch hauptsächlich dem Lehrzwecke dienenden, nicht oder wenigstens nicht wesentlich auf einen wirtschaftlichen Zweck gerichteten Anstalt, also in einer „Schule" erfolgt, wie wir aus der angegebenen Bezeichnung folgern zu dürfen glauben. Schülerinnen als solche sind aber nicht versicherungspflichtig. Aus diesen Gründen sind die Mädchen nicht „Beschäftigte der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art" und daher auch nicht nach § 176 Ziff. 1 zum freiwilligen Beitritt berechtigt.

Beschäftigung im Asyl für Obdachlose keine Erwerbstätigkeit des Aufgenommenen.

13. Nach Kray. Antwort: Wir können den Standpunkt der Kasse nicht teilen. Der in das Asyl Aufgenommene erhält Obdach und Verpflegung als Leistungen der öffentlichen Wohlfahrtspflege, nicht als Entgelt für irgendwelche Leistungen von seiner Seite. Wird er, was durch erzieherische Rücksichten zumeist geboten ist, zu Arbeiten herangezogen, durch deren Wert die Leistungen des Asyls zum Teil beglichen sein mögen, so kann man doch nicht sagen, daß er „gegen Entgelt" beschäftigt wird, weil Obdach und Verpflegung ohne Rücksicht hierauf gewährt werden, also nicht eine Gegenleistung für die Arbeit darstellen. Deshalb liegt weder Versicherungspflicht nach § 165 RVO. noch ein „Erwerb" vor, dessen Erlangung die Anwendung des § 214 RVO. ausschließen würde, wenn der in das Asyl Aufgenommene dort erkrankt.

Obst- und Gemüsezucht sind landwirtschaftliche Betriebe.

14. Nach Rathenow. Antwort: Die Obstzucht bildet regelmäßig einen Teil der Landwirtschaft; denn auch sie besteht in der Aufzucht von Bodengewächsen. Zu ihr gehören alle Tätigkeiten, die diesem Zwecke dienen, ferner diejenigen, die auf die Gewinnung und Aberntung der gezogenen Pflanzen gerichtet sind, also das Behandeln der Bäume sowohl wie das Pflücken des Obstes. Das Gesagte gilt entsprechend von der Gemüsezucht. Wir verweisen auf Handb. der UnfVers., Bd. II S. 4, 5 unter Nr. 3, S. 20 unter Nr. 1. Die Personen, die die genannten Tätigkeiten verrichten, sind somit in der Landwirtschaft beschäftigt und gehören der Landkrankenkasse an. Abweichendes gilt nur für die Obstzucht in Gärten, die nicht Teil eines landwirtschaftlichen Betriebes sind; die in solchen Gärten Beschäftigten gehören nach § 235 Abs. 2 RVO. nicht in die Landkrankenkasse, also in die allgemeine Ortskrankenkasse. Dies würde z. B. zutreffen, wenn Obst- und Gemüsezucht, selbst in größerem Umfange, von einem Privatmann oder von einem gewerblichen Gärtner in der Stadt oder Vorstadt betrieben wird.

Auskunftspflicht der Steuerbehörde in Sachen der Wochenfürsorge.

15. Nach Schl. Antwort: Eine Auskunftspflicht der Steuerbehörde gegenüber den Krankenkassen besteht nach Maßgabe des § 23 Abs. 3 des Reichsgesetzes über die Wochenhilfe usw. vom 26. 9. 19. Demgegenüber kann sich die Steuerbehörde nicht auf § 57 Abs. 3 des preuß. Landesgesetzes vom 24. 6. 91 (Einkommensteuergesetz) berufen, wonach die Veranlagungsbeamten allerdings zur Geheimhaltung der Verhältnisse der Steuerpflichtigen verpflichtet sind. Denn Artikel 13 der Reichsverfassung vom 11. 8. 19 stellt den Grundsatz auf: „Reichsrecht bricht Landrecht." Das bedeutet für unseren Fall, daß die auf Reichsrecht beruhende Auskunftspflicht über die Verhältnisse der Wöchnerin und ihres Ehemannes von der im übrigen bestehenden landesrechtlichen Schweigepflicht der Behörden nicht berührt wird.

Erhöhung der Beiträge bei nicht rechtzeitiger Abmeldung.

16. Nach Eckernförde. Antwort: Bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung bleibt die Beitragspflicht so bestehen, wie wenn die Mitgliedschaft nicht erloschen wäre. Werden nach deren Erlöschen die Beiträge erhöht, so sind somit die erhöhten Beiträge zu entrichten. Der Grund der Vorschrift des § 397 Abs. 1 RVO. ist der, eine ordnungsmäßige Geschäfts- und Rechnungsführung der Krankenkassen zu gewährleisten (vgl. RVA. in der ArbVers. 1916 S. 615). Diese wird aber nicht nur dann gefährdet, wenn die Kasse die bereits verbuchten Beiträge ganz streichen, sondern auch dann, wenn sie sie nachträglich ermäßigen muß, nachdem sie sie auf Grund der ihr bekannten Vorgänge richtig berechnet hat.

Zur Berechnung der Wartezeit für das Krankengeld.

17. Nach Berlin. Antwort: a) Der Krankengeldbezug beginnt (wenn nicht die Arbeitsunfähigkeit erst später eintritt) mit dem vierten Krankheitstage und dauert bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit 183 Tage (Entsch. des RVA. Nr. 1883 ArbVers. 1914 S. 715). Daß nach Ablauf der 183 Tage das Krankengeld auch noch für die ersten drei Tage nachzuzahlen sei, so daß im ganzen für 186 Tage gezahlt wird, ist ungesetzlich.

b) Treten bei fortdauernder Krankheit Unterbrechungen nur der Arbeitsunfähigkeit ein, so ergibt sich die Berechnung der Leistungsdauer aus § 183 RVO. In solchen Fällen ist beim Wiedereintritt der Arbeitsunfähigkeit das Krankengeld sofort vom ersten Tage an zu zahlen; denn nach § 182 Ziff. 2 RVO. wird das Krankengeld „vom vierten Krankheitstage an" gezahlt, nicht erst vom vierten Tage der Arbeitsunfähigkeit.

c) Die Frage, ob bei Mitgliedern, die infolge Gehaltserhöhung aus der Versicherungspflicht ausscheiden, der § 214 RVO. anwendbar ist, ist unverständlich, da die Gehaltserhöhung doch nicht Erwerbslosigkeit zur Folge hat.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1282 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 1. Juni 1920 | Heft 16

Die Änderung des Wochenhilfegesetzes.

Von Städt. Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in Solln bei München.

Das Gesetz vom 26. September 1919 über Wochenhilfe und Wochenfürsorge (RGBl. S. 1757) war überstürzt gefaßt worden. Es fehlte bei seinen Beratungen die Ruhe und Überlegung, die nicht entbehrt werden kann, wenn in ein bestehendes Gesetz, wie die Reichsversicherungsordnung, mehr oder weniger außerhalb seines Rahmens entstandene Vorschriften, wie die Bekanntmachungen über die Wochenhilfe während des Krieges, hineingearbeitet und gleichzeitig auch an dem älteren wie an dem später entstandenen Rechte weitere wesentliche Änderungen vorgenommen werden sollen. So kam es, daß das Gesetz vom 26. September 1919 in allen beteiligten Kreisen auf lebhaften Widerspruch stieß und eine Fülle von Zweifelfragen nach sich zog. Die Reichsregierung sah sich daher schon Mitte Oktober 1919 veranlaßt, in einer Besprechung mit Vertretern der Krankenkassenverbände und Mitgliedern der Nationalversammlung eine Änderung des erst kurz vorher veröffentlichten Gesetzes in Aussicht zu stellen. Es wurde jedoch März 1920, bis der Nationalversammlung ein diesbezüglicher Gesetzentwurf zuging, und erst am 30. April 1920 konnte der Reichspräsident seinen Namen unter die endgültige Fassung setzen.

Das Gesetz ist in der am 7. Mai 1920 zu Berlin ausgegebenen Nr. 99 des RGBl. S. 853 ff. veröffentlicht und an diesem Tage in Kraft getreten (ArbVers. Heft 15 S. 291 ff.). Im folgenden wird es der Kürze halber „Novelle" genannt. Ich habe bereits hier in Heft 30 des Jahrg. 1919 S. 581 ff. das Hauptgesetz erläutert und werde mich auch bei Darstellung der Novelle an das dort angewandte System halten.

I. Der Kreis der anspruchberechtigten Personen. — Der Kreis der anspruchberechtigten Personen hat Änderungen nicht erfahren, wenn man nicht eine Neuerung hier einbeziehen will, wonach beim Ableben einer Wöchnerin während der Entbindung oder während des Wochenhilfebezugs die „noch fälligen Leistungen der Reichswochenhilfe" an denjenigen auszuzahlen sind, „der für den Unterhalt des Kindes sorgt". Mit dieser erst durch die Nationalversammlung dem § 195 b in der Fassung des § 2 der Novelle eingefügten Bestimmung soll dem Charakter des Gesetzes als einer Einrichtung des Mutterschafts- und Säuglingsschutzes Rechnung getragen werden. Die „noch fälligen Leistungen der Reichswochenhilfe" sind fortzuzahlen. Aus dieser Bezeichnung könnte man zunächst folgern, daß nur die zu Lasten des Reiches gehenden Beträge weiter gewährt werden; doch läßt die Stellung der neuen Vorschrift im System der Kassenwochenhilfe keinen Zweifel, daß auch hier der Übergang stattfindet. Die „noch fälligen Leistungen" sind nicht nur das Wochengeld, sondern auch das Stillgeld. Dies ergibt sich zwanglos aus

der Entstehungsgeschichte der Bestimmung, deren erste Fassung ausdrücklich von Wochen- und Stillgeld spricht. „Fällig“ kann aber das Stillgeld nur sein, wenn die Wöchnerin ihr Kind bis zu ihrem Ableben oder wenigstens bis noch so kurz vorher gestillt hat, daß von einer natürlichen, auch ohne den Tod eingetretenen Beendigung des Stillgeschäfts nicht gesprochen werden kann. In diesen Fällen wird dann allerdings das Stillgeld bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft gewährt, besteht also eine Bevorzugung gegenüber der am Leben gebliebenen, nicht so lange stillenden Wöchnerin. Die Auszahlung hat aber auch hier nicht in einer Summe, sondern nach § 210 RVO. wöchentlich zu erfolgen, da ja mit dem Tode des Kindes, das ist der Beendigung der Fürsorge für das Neugeborene, auch die Fortgewährung der Wochenhilfe endet. Für den Unterhalt des Kindes „sorgt“, wer die Kosten dieses Unterhalts trägt. Es kann dies sowohl eine physische Person, wie der Vater, der Vormund oder die Pflegemutter des Kindes, als auch eine öffentlich-rechtliche Einrichtung, wie der Armenverband oder die Berufsvormundschaft, sein.

Hinsichtlich der Voraussetzungen, unter denen der Kreis der an sich in Betracht kommenden Personen ein Anrecht auf Wochenhilfe besitzt, bringt die Novelle wesentliche Änderungen, die jedoch nur die Familienwochenhilfe und die Wochenfürsorge, nicht die Wochenhilfe für die Versicherten (§ 195 a RVO.) berühren.

Bei der Familienwochenhilfe sind zunächst einige Erleichterungen insofern festzustellen, als die Voraussetzung des Lebens in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherten nur mehr für Töchter, Stief- und Pflegetöchter gilt, also für Ehefrauen in Wegfall kommt, und als das Wort „versicherungsfrei“ durch den Satz, „wenn ihnen ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195 a nicht zusteht“, ersetzt worden ist, womit also auch den Wöchnerinnen, die bereits Kassenmitglieder sind, die Familienwochenhilfe zugebilligt wird. Sodann aber bringt die neue Fassung des § 205 a (§ 4 der Novelle) zwei bisher nicht bekannte Einschränkungen. Einmal wird, entsprechend den Wünschen der Krankenkassen, nun auch die Gewährung der Familienwochenhilfe an eine Versicherung des Familienhauptes gegen Krankheit in der Dauer von mindestens 26 Wochen in dem letzten Jahre vor der Niederkunft geknüpft. Als weitere Voraussetzung wird dann gefordert, daß die Wöchnerin ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat, eine Vorschrift, von der jedoch die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamts Abweichungen vorsehen kann. Inland im Sinne dieser Vorschrift ist das Gebiet des Deutschen Reiches im Rahmen der ihm durch den Friedensvertrag von Versailles gezogenen Grenzen. Das zeitweilig besetzte Gebiet, wie auch der Saarstaat, sind Inland (vgl. ArbVers. 1920 S. 179 Ziff. 4). Die Abstimmungsgebiete bleiben Inland, bis die neue Grenzfestsetzung auf Grund des Abstimmungsergebnisses vollzogen ist.

Auf dem Gebiete der Wochenfürsorge stellt § 9 der Novelle zunächst fest, daß auf diese reichsgesetzliche Fürsorge nur deutsche Wöchnerinnen Anspruch haben, und nur, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben. — Besonderes Interesse beansprucht die neue Regelung des Begriffs der Minderbemitteltheit. Der Regierungsentwurf schlug hier folgende Fassung vor:

Als minderbemittelt gilt:

1. eine verheiratete Wöchnerin, wenn ihres Ehemannes und ihr Gesamteinkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung den Betrag von 4000 ℳ nicht überstiegen hat. Dieser Betrag erhöht sich für jedes vorhandene Kind unter 15 Jahren um 300 ℳ;
2. eine unverheiratete Wöchnerin, wenn ihr Gesamteinkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung den Betrag von 2500 ℳ nicht überstiegen hat. Die Vorschrift in Nr. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Das gleiche gilt für eine verheiratete Wöchnerin, die von ihrem Ehemann getrennt lebt und von ihm nicht ganz oder überwiegend unterhalten wird; eine Erhöhung wegen vorhandener Kinder findet hier nur soweit statt, als diese von der Mutter unterhalten werden.

Im Ausschuß der Nationalversammlung wurde dann nach Ablehnung eines Antrages

auf Verdoppelung der für die Minderbemitteltheit vorgesehenen Einkommensgrenzen die jetzige Fassung angenommen. Man muß sich unwillkürlich fragen, wo hier die so sehr angestrebte Verbesserung in den Bestimmungen über die Wochenfürsorge zu sehen ist. Die Erhöhung des Einkommens auf 4000 *M* ist heute ebensowenig ausreichend, wie es im Oktober 1919 die Festsetzung auf 2500 *M* war. Die Begründung zum Regierungsentwurf meint zwar, daß, nachdem seit Erlaß des Gesetzes vom 26. September 1919 der Geldwert wieder ganz erheblich gesunken sei, „die Zahl derjenigen Ehepaare, deren Gesamteinkommen 2500 *M* nicht erreicht, jetzt (!) gering geworden sein dürfte. Ich glaube, es bedurfte schon vor jenem Gesetze einiger Anstrengung, Ehepaare mit weniger als 2500 *M* Gesamteinkommen ausfindig zu machen. Nun unterliegt es zwar keinem Zweifel, daß auch hier die Verschiedenheit der Verhältnisse zwischen Stadt und Land starke Ungleichheiten zeitigte, daß hier Leute mit gering veranlagtem Steuereinkommen, aber allgemein bekannten, wenn auch nicht genau beweisbaren Einnahmen aus günstigem Verkauf der landwirtschaftlichen Erzeugnisse, Schleichhandel usw. die Wochenfürsorge zugebilligt erhielten, während dort der Fabrikarbeiter, der kleine Beamte mit ihrem auf Heller und Pfennig nachzurechnenden Lohneinkommen abgewiesen werden mußten. Aber war es deshalb notwendig, noch immer eine Summe zu wählen, die den tatsächlichen Verhältnissen bei der Mehrheit der Bevölkerung nicht entspricht? Die Nationalversammlung war doch in letzter Zeit gerade nicht ängstlich in der Erhöhung der Leistungen und der Erweiterung des Kreises der versicherten Personen auf dem Gebiete der Sozialversicherung. Heraufsetzung des Grundlohns, Erweiterung der versicherungspflichtigen Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst in der Krankenversicherung, Erhöhung der Unfallrenten und der Leistungen der Invalidenversicherung, Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung bringen allerdings nur Lasten für die Allgemeinheit, das Reich wird hiervon weniger betroffen. Um so mehr hätte es trotz seiner mißlichen finanziellen Lage in dem Falle etwas weniger zurückhaltend sein dürfen, in dem es sich um die Förderung deutschen Nachwuchses handelte. Dies vor allem dann, wenn eine Vorschrift wieder Eingang in das Gesetz findet, wie die, daß die Wochenfürsorge zu verweigern sei, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird. Ich stehe nicht an, diese Bestimmung als höchst unglücklich zu bezeichnen, weil sie dem auf rasche Hilfe gerichteten Sinn und Zweck des Gesetzes zuwiderläuft. Nun werden, dank der Einfügung dieser dem willkürlichen Ermessen Tür und Tor öffnenden Vorschrift, die schon von der Kriegswochenhilfe her bekannten Fälle erneut eintreten, daß erst nach langen Erhebungen, wenn Mutter und Kind einer Beihilfe wirklich nicht mehr bedürfen, die Wochenfürsorge im Streitverfahren zugesprochen wird. Diese Pille hätte wahrlich durch eine Verdoppelung der Sätze versüßt und so der unter den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen nur mit schweren Gedanken einer Niederkunft entgegensehenden städtischen Wöchnerin die Erlangung der Beihilfe erleichtert werden sollen.

Nicht weniger Erstaunen wird die im Ausschuß einstimmig angenommene Gleichstellung der unverheirateten mit der verheirateten Wöchnerin finden. Es ist ja richtig, daß erstere während der Dauer des Wochenbettes vor einer Zeitspanne des Verlustes jeglichen eigenen Einkommens steht, während bei der verheirateten Wöchnerin das Einkommen des Ehemannes fortläuft. Aber ebenso sicher dürfte die unverheiratete Wöchnerin zumeist noch im elterlichen Haushalt leben und dort Unterstützung finden. Da nun entsprechend den höheren Aufwendungen eines Ehepaares auch die Einkommensverhältnisse gesteigertere sind, wird die neue Fassung praktisch nur dazu führen, daß die unverheiratete Wöchnerin leichter zur Beihilfe gelangt als die Ehefrau. Die moralischen Bedenken, die sich gegen diese

Prämie auf das uneheliche Kind geltend machen lassen, hätten meines Erachtens nicht ganz außer acht gelassen werden dürfen.

So stehe ich nicht an, das, was hier nun auf dem Gebiete der Wochenfürsorge Gesetz geworden ist, als vom bevölkerungspolitischen Gesichtspunkt recht verfehlt zu bezeichnen.

II. Die Leistungen der Mutterschaftsfürsorge. — Die Regelleistungen haben eine Änderung in ihrem Umfange nicht erfahren. Nur hinsichtlich ihrer Fälligkeit ist bestimmt worden, daß das Wochengeld für die ersten vier Wochen vor der Niederkunft mit dem Augenblick der Entbindung fällig, also gleichzeitig mit dem Entbindungsbeitrag zu zahlen ist (§ 1). Die Wöchnerin erhält nunmehr sofort nach Anerkennung ihres Anspruchs eine ziemlich umfangreiche Summe, nämlich mindestens 50 + [(28 + 1) × 1,50] = 93,50 *M* auf die Hand, einen Betrag, der zur Deckung der ersten Kosten hinreichen dürfte. Damit wird nun einheitlich das Wochengeld nur mehr für sechs Wochen nach der Niederkunft gewährt.

Auf dem Gebiete der Mehrleistungen ist, um aufgetauchte Zweifel zu beseitigen, nunmehr gesetzlich (§ 195 b in der Fassung des § 2 der Novelle) bestimmt, daß die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamts das Wochengeld bis zur Höchstgrenze von ¾ des Grundlohns höher als das Krankengeld bemessen kann (zu vgl. § 3 Ziff. 3 der Bekanntm. v. 22. 11. 17, RGBl. S. 1085; ArbVers. 1917 S. 817).

Auch sonst berühren noch einige Vorschriften das Gebiet der Leistungen und ihrer Zahlung. § 3 der Novelle bringt einen neuen § 195 d. Ausgehend von der in Preußen bevorstehenden landesrechtlichen Regelung des Hebammenwesens bestimmt er, daß dort, wo eine öffentlich-rechtliche Körperschaft — also der Staat selbst, Gemeinden, Gemeindeverbände usw. — zur Hilfe bei der Niederkunft und der Schwangerschaft fest angestellte und besoldete Hebammen zur Verfügung stellt, die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der für solche Hilfeleistungen bestimmten Gebühr an diese öffentlich-rechtliche Körperschaft zu entrichten hat. Um diesen Betrag darf die Kasse dann den an die Wöchnerin zu zahlenden einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung bzw. die Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden kürzen. Dieses Recht steht auch den knappschaftlichen Krankenkassen und den Ersatzkassen zu, letzteren jedoch nur, soweit die Rechte und Pflichten ihrer Mitglieder bei deren Krankenkasse nach § 517 Abs. 1 RVO. ruhen. Die Höhe des an die öffentlich-rechtliche Körperschaft abzuführenden Betrags überläßt das Gesetz der landesrechtlichen Regelung. Diese soll hierbei von vornherein einen für alle Fälle anwendbaren festen Durchschnittsbetrag bestimmen, der aber in einem größeren Bundesstaat auch nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der einzelnen Bezirke verschieden hoch festgesetzt werden kann. Dabei ist es gleich, ob die Kasse Bar- oder Sachleistungen gewährt. Der neue § 195 d gilt sinngemäß auch für die Familienwochenhilfe und die Wochenfürsorge (§§ 4, 10).

Auf dem Gebiete der Familienwochenhilfe kann es vorkommen, daß sich der Anspruch der Wöchnerin gegen mehrere Kassen oder mehrfach gegen dieselbe Kasse richtet, so z. B. wenn Vater und Mutter die Voraussetzungen für die Familienwochenhilfe erfüllen. Die Wochenhilfe ist hier nur einmal zu gewähren. Zuständig hierzu sind aber weder beide Kassen anteilsmäßig noch die Kasse des bevorrechtigteren Familienhaupts, z. B. des Vaters, noch die Kasse mit den der Wöchnerin günstigeren Leistungen. Die leistungspflichtige Kasse ist vielmehr der Wahl der Wöchnerin überlassen (§ 205a Abs. 6 in der Fassung des § 4 der Novelle).

Der § 212 RVO., wonach beim Wechsel der Kasse während des Bezugs von Leistungen die weitere Gewährung durch die neue Kasse zu erfolgen hat, galt bisher auch für die Wochenhilfe. Um die sich hieraus ergebenden Schwierigkeiten in der Geschäftsführung der Kassen zu beseitigen, sieht die Novelle (§§ 1, 4) vor, daß bei Kassenwechsel während der Leistung der Kassen- oder Familien-

wochenhilfe die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig bleibt. Da ihr nur die weitere Durchführung der Leistungen obliegt, wird die neue Kasse von ihrer eigenen aus § 212 RVO. sich ergebenden Leistungs-, d. h. hier Erstattungspflicht gegenüber der erstverpflichteten Kasse nicht befreit.

III. Die Tragung der Kosten der Wochenfürsorge. — Um den Krankenkassen die Tragung des das Reich treffenden Anteils der Familienwochenhilfe und der Wochenfürsorge zu erleichtern, sehen die §§ 6 und 11 der Novelle vor, daß die Kasse beantragen kann, daß ihr vom Reich auf die ihm zur Last fallenden Leistungen ein Vorschuß bis zu dem Betrage gewährt wird, den die Kasse im voraufgegangenen Monat für das Reich verauslagt hat; der Vorschuß ist bei der nächsten Verrechnung der geleisteten Zahlungen auszugleichen.

Das Gesetz sagt nichts darüber, wo und wie dieser Antrag auf Gewährung eines Vorschusses zu stellen ist. Man wird annehmen müssen, daß er an die staatliche Kasse zu richten ist, die nach § 4 der Bekanntmachung vom 30. September 1919 (RGBl. S. 1813; ArbVers. S. 628) mit deren Rückzahlung betraut ist. Der Antrag dürfte durch das Versicherungsamt zu stellen sein. Denn einmal kann nur dieses gegenüber der Staatskasse feststellen, ob der beantragte Vorschuß der Höhe der im Vormonat verauslagten Beträge entspricht, dann aber bedarf es auch der Kenntnis der bewilligten Summe, um den richtigen Ausgleich gelegentlich der nächsten Verrechnung überwachen zu können. Als „verauslagt im voraufgegangenen Monat" wird man nur die abgeschlossenen Fälle ansehen können, die bereits zur Überprüfung dem Versicherungsamt nachgewiesen sind.

IV. Besondere Ersatzansprüche. — Mit einigem Erstaunen, aber auch mit einer gewissen Befriedigung wird man davon Kenntnis genommen haben, daß der einst viel umstrittene, im Gesetz vom 26. September 1919 endlich anerkannte Ersatzanspruch der Krankenkassen gegen den außerehelichen Schwängerer wieder fallen gelassen ist und seine Geltendmachung nun durch eine Ergänzung des § 1542 RVO. ausdrücklich untersagt wird (§§ 8, 15 der Novelle). Die schweren Unzuträglichkeiten und das geringe finanzielle Ergebnis, die sich hier im Vollzug des Gesetzes ergaben, führten zur völligen Beseitigung dieser Bestimmung, wie auch der dem Reiche bei der Wochenfürsorge eingeräumten Ersatzansprüche gegen den ledigen Kindsvater und die unterhaltspflichtigen Verwandten der Wöchnerin (§ 12).

V. Besondere Bestimmungen. — Auch die Novelle von 1920 bringt wieder einige besondere, sich aus ihrem allgemeinen Inhalt ergebende Bestimmungen. So gleicht sie die §§ 205b und c RVO., sowie § 12 des Gesetzes vom 26. September 1919 dem geltenden Rechte an (§§ 5, 7). Bei Änderung des letzteren, der die Gewährung der Familienwochenhilfe seitens des Arbeitgebers an seine nach den §§ 418, 435 RVO. von der Versicherungspflicht befreiten landwirtschaftlich Beschäftigten und Dienstboten zum Inhalt hat, wurde auch die Frage der Gewährung dieser Leistungen an die gleichfalls befreiten staatlichen oder gemeindlichen Beamten angeschnitten. Da eine Regelung hier ohne Änderung des Beamtenrechtes unmöglich ist, nahm die Nationalversammlung eine Entschließung an, die von der Regierung die baldige Vorlage eines einschlägigen Gesetzentwurfes fordert.

Durch § 13 der Novelle werden nun für alle drei Arten der Mutterschaftsfürsorge die gleichen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung als sinngemäß anwendbar erklärt.

In § 16 sieht die Novelle ferner vor, daß die §§ 420 bis 423 RVO. nicht auf das Wochengeld Anwendung finden.

VI. Übergangs- und Schlußbestimmungen. — Die Neuregelung der Novelle gilt gemäß § 17 für alle nach dem 7. Mai 1920 eintretenden Geburtsfälle. Für vor diesem Tage erfolgte Entbindungen gilt das Gesetz vom 26. September 1919, soweit es für die Wöchnerin günstiger ist;

das ist von Bedeutung hinsichtlich der Familienwochenhilfe, da damals die sechsmonatige Kassenzugehörigkeit des Familienhauptes noch nicht gefordert war. Außerdem gewährt das Gesetz denjenigen zwischen dem 1. Oktober 1919 und dem 7. Mai 1920 niedergekommenen Wöchnerinnen, die damals als „nichtversicherungsfrei" keine Ansprüche erheben konnten, noch nachträglich die Familienwochenhilfe, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hatten und das Familienhaupt die vorgesehene Wartezeit zurückgelegt hatte.

Um zu vermeiden, daß bei der praktischen Durchführung der Mutterschaftsfürsorge nun drei Gesetze: die Reichsversicherungsordnung, das Gesetz vom 26. September 1919 und die vorliegende Novelle zu Rate gezogen werden müssen, ermächtigt § 18 die Reichsregierung, das Gesetz vom 26. September 1919 in der sich aus der Novelle ergebenden neuen Fassung zu veröffentlichen.

VII. Angleichung der Bestimmungen über die Kriegswochenhilfe an das Gesetz. — § 24 Abs. 1 des Gesetzes vom 26. September 1919 hatte bestimmt, daß die hier einschlägigen § 8, 9 des Gesetzes bei Beendigung des Krieges in Kraft treten sollen. Bekanntlich behandelte § 8 eine Fortdauer der Vorschriften über die Kriegswochenhilfe, während § 9 deren Leistungen auf die Sätze der Mutterschaftsfürsorge erhöhte. Durch die Verschiebung des Inkrafttretens auf die Beendigung des Krieges waren, streng genommen, bei der Kriegswochenhilfe bis dorthin noch die alten Leistungen zu gewähren. Nachdem schon die Praxis stillschweigend hiervon Umgang genommen hatte, billigt dies nun auch § 14 der Novelle, der lediglich das Inkrafttreten des § 8 auf den 10. Januar 1920, den Tag der Ratifikation des Friedensvertrages, festlegt.

Anmerkung des Verfassers: Schon gelegentlich meiner Besprechung des Gesetzes vom 26. September 1919 mußte ich gegen die heute beliebte Art der Veröffentlichung von Gesetzen Stellung nehmen. In anderer Weise sehe ich mich heute wieder hierzu gezwungen. Die Reichsregierung scheint keine Kenntnis von den derzeitigen Postverbindungen zu haben und nimmt bei Festsetzung der Tage des Inkrafttretens keine Rücksicht auf die von Berlin entfernter liegenden Teile des Reichs. Was soll man dazu sagen, wenn das am 3. Mai 1920 in Berlin ausgegebene Reichsgesetzblatt mit der Verordnung vom 30. April 1920 über die Heraufsetzung der Grundlöhne und die Ausdehnung der Versicherungspflicht erst nach 12 Tagen, am 15. Mai 1920, in München zugestellt wird, wenn das am 7. Mai 1920 ausgegebene, die Novelle zum Wochenhilfegesetz enthaltende Stück des RGBl. erst nach einer Woche oder noch später in die Hände der südbayerischen Behörden gelangte? Wie soll hier ein geordneter Gesetzesvollzug noch möglich sein? Darum mehr Rücksicht auf die äußeren Stellen! Sie dient dem Wohle der Versicherten, der Achtung vor den Vollzugsbehörden und damit auch dem Ansehen der Regierung selbst.

Anmerkung der Schriftleitung: Der Herr Verfasser hält anscheinend die verspätete Bestellung des Reichsgesetzblattes für ein bayerisches Reservat-Unrecht. Das wäre ein Irrtum. Auch uns, in einem Bezirke Groß-Berlins, ist es, trotz mehrfacher dringlicher Erinnerungen, nicht gelungen, die in Frage kommenden Stücke des RGBl. in angemessener Frist nach der Ausgabe in Berlin zu erlangen. Wir mußten schließlich, um die beiden wichtigen Gesetzgebungsakte unseren Lesern nicht allzu spät zu vermitteln, zu dem unliebsamen Auskunftsmittel greifen, den Text auf Grund einer Zeitungsmitteilung in Satz zu geben. Es wird leider nicht nur oft die Veröffentlichung der Gesetze im Reichsgesetzblatt und dessen tatsächliche Ausgabe in Berlin, ohne Rücksicht auf den festgesetzten Tag des Inkrafttretens, in sachwidriger Weise verzögert, sondern dann noch obendrein die Bestellung an die Bezieher des Blattes in ungebührlicher Weise verschleppt.

Kritische Bemerkungen zum Verfahren der Rentenfestsetzung für Militärversorgungsberechtigte.

Von Landrichter Breme in Münster i. W.

Das formelle Verfahren der Rentenfestsetzung spielt sich zunächst vor den Versorgungsstellen und den Versorgungsämtern ab. Diesem Verwaltungsverfahren schließt sich dann, wenn Berufung eingelegt wird, das gerichtliche Verfahren vor den Militärversorgungsgerichten und dem Reichsmilitärversorgungsgericht an. Die zu entscheidende Frage ist überall die gleiche; sie ist eine doppelte, nämlich einmal die der Dienst-

beschädigung oder Kriegsdienstbeschädigung und anschließend die des Grades der Einbuße an Erwerbsfähigkeit.

Überall ist die „Entscheidung" nicht in ärztliche Hände gelegt, die Ärzte wirken nur als Gutachter, d. h. als Gehilfen der entscheidenden Stellen mit. Aber ihr Gutachten ist naturgemäß der Regel nach von ausschlaggebender Bedeutung, und die Äußerung der Ärzte darüber, ob und inwieweit das Leiden durch dienstliche Einflüsse entstanden ist und welche Folgen es hat auf die Erwerbsfähigkeit des Beschädigten, ist, von Ausnahmefällen abgesehen, nicht zu entbehren.

Wie spielt sich nun das Verfahren in der Regel ab? Im Verwaltungsverfahren, das sich durchweg länger hinzieht, als es mit der Not der Beschädigten vereinbar erscheint, wird auf Grund der Untersuchung das Versorgungszeugnis, nötigenfalls auch ein weiteres Zeugnis eines Facharztes oder gar einer Kommission ausgestellt, das mit einer ziffernmäßigen Einbußeschätzung schließt. Die Tätigkeit der entscheidenden Stelle der Versorgungsstellen und -ämter, also eines Offiziers, jetzt Beamten, besteht dann darin, daß die vom Arzt vorgeschlagene Prozentzahl in das Formular eingerückt wird; daß eine andere Zahl bestimmt wird, habe ich noch nicht erlebt, und der Fall wird auch wohl kaum vorkommen. Die entscheidende Stelle hat wohl in der Regel den Antragsteller überhaupt nicht gesehen, hat also kein eigenes Urteil und rückt in das Formular nur das ein, was entweder der untersuchende Arzt, oder der aktenmäßig prüfende Arzt des Versorgungsamtes niedergeschrieben hat. Etwas anderes bleibt auch wohl nicht übrig. Aber ist das wirklich eine entscheidende Tätigkeit? Ist das nicht eine geradezu unwürdige Stellung der entscheidenden Stelle?

Man wird diese Fragen schwerlich verneinen können. Warum besetzt man dann solche Stellen und bezahlt sie, wenn in Wirklichkeit doch die Ärzte entscheiden? Warum läßt man dann nicht Ärzte die Formulare ausfüllen und erspart die kostspieligen Arbeitskräfte? Entweder setze man also die äußerlich gutachtenden, in Wirklichkeit aber entscheidenden Ärzte auch auf den Platz, den sie hiernach einnehmen müssen, man lasse sie auch äußerlich entscheiden und die Bescheide mit ihrem Namen decken, oder man regele die Tätigkeit der Versorgungsbehörden anders. Daß die Ärzte auch die übrigen Aufgaben der jetzt entscheidenden Stellen nicht bewältigen könnten, sich nicht die nötige Kenntnis der materiellen und formellen Bestimmungen der Gesetze und Verordnungen schnell aneignen könnten, kann wohl nicht behauptet werden. Will man diese Regelung aber nicht, und es ist ja manches dagegen zu erwidern, so gebe man den entscheidenden Stellen eine sachlich richtigere und würdigere Stellung.

Der Entscheidende soll das Arztgutachten gewiß beachten, aber es soll ihm nur eine Hilfe sein in seiner eigenen Entscheidung, d. h., er soll seine Entscheidung nicht ausschließlich auf das Gutachten, sondern auf den ganzen Sachverhalt stützen. Und in dieser Richtung erscheint es mir zunächst — von Ausnahmefällen abgesehen — unentbehrlich, daß der Entscheidende den Antragsteller hört und sieht. Er muß ihn h ö r e n, um einmal zu wissen, wie jener sein Leiden selbst beschreibt und was er zu seiner Entstehung vorzubringen hat, ob das Dienstverhältnisse oder gar Kriegsdiensteinflüsse waren usw., ferner aber auch, um sich selbst ein Urteil zu bilden über die Glaubwürdigkeit der Angaben; er muß ihn s e h e n, um ein Bild zu gewinnen über den Zustand des Antragstellers, zweckmäßig b e i d e s unter Zuziehung und Erläuterung des Arztes. In diesen Garantien besteht einstweilen einer der Vorzüge des Militärversorgungsgerichtes, und es besteht kein Grund, die Notwendigkeit dieser Garantien im Verwaltungsverfahren bei der gleichen Aufgabe zu verneinen, im Gegenteil, weil die Gerichte nur heraufsetzen und abweisen, nicht aber Fehlsprüche der Verwaltungsstellen nach unten hin abändern können, ist ein solches Verfahren aus fiskalischem Interesse doppelt nötig.

Ich komme nunmehr zu einer mit dieser

Frage eng zusammenhängenden Kritik über den Inhalt der ärztlichen Gutachten. Der weitaus größere Teil enthält die Krankheitsbezeichnung, eine rein medizinische Beschreibung und anschließend die Prozentzahlschätzung. Das wichtigste für die Urteilsbildung fehlt aber durchweg. So notwendig und wertvoll die medizinische Beschreibung ist, so unentbehrlich ist doch für den Entscheidenden eine Beschreibung der tatsächlichen Folgen für den Versorgungsberechtigten: Welche Handreichungen und Bewegungen sind nicht mehr möglich? Welche sind erschwert, worin besteht die Erschwerung? Welche Schmerzen hat der Antragsteller? und bei welchen Arbeiten? Inwieweit muß er sich schonen? Wie oft und wie lange werden voraussichtlich regelmäßige Erkrankungen eintreten und bedingen diese völlige Ausspannung oder nur Schonung? Muß er häufiger den Arzt in Anspruch nehmen und welche Auslagen hat er hierfür und für Heilmittel? Welche Berufsarbeiten sind nicht mehr möglich oder erschwert? usw. Ferner aber: Sind die vom Antragsteller vorgebrachten oder durch Befragung festzustellenden Klagen durch das Versorgungsleiden zweifelsfrei bedingt, oder sind sie nur glaubhaft und in welchem Grade?

Dieses in den meisten Gutachten fehlende oder doch sehr vernachlässigte Gebiet ist es, das die Grundlage geben muß für die Feststellung des Grades der Erwerbsfähigkeitseinbuße, und diesen Grad zu finden, ist nicht Sache des Arztes, sondern der entscheidenden Stelle. Es ist ein aus friedlicheren Zeiten ererbtes, aber nicht scharf genug zu verurteilendes Übel, den Menschen sozusagen medizinisch in Prozentzahlen der Erwerbsfähigkeit einzuteilen und aus der medizinischen Beurteilung des Zustandes die Prozentzahl abzulesen. Ich verkenne nicht, daß die sich in dieser Schematisierung ausdrückende Praxis die sehr wertvolle Frucht langjähriger und auf gewissenhafter Beurteilung beruhender Erfahrung ist, und es liegt mir fern, die ärztlichen Gutachten einer sklavischen Befolgung dieser „Tabelle" zu zeihen. Aber es ist doch selbstverständlich, daß jeder Fall individuell behandelt werden muß, daß dasselbe Leiden bei dem einen schwerere Folgen für die Erwerbsfähigkeit hat wie bei dem anderen. Das alles zu beurteilen, ist ausschließlich Sache der entscheidenden Stelle, die der Begutachtung des Arztes nicht entbehren kann, aber eine Begutachtung verlangen muß, die ihm Aufschluß über alle die tatsächlichen Folgen gerade bei diesem Manne erschöpfend geben muß. Die Angabe der Prozentzahl durch den Arzt ist ohne Begründung in Wirklichkeit wertlos; sie erhält ihren Wert erst durch die Begründung, aber nicht im Sinne einer medizinischen Beschreibung, sondern einer Darstellung der Einwirkung dieses Leidens auf die einzelnen in Frage kommenden Arbeitsleistungen.

Ich kann aus diesem Grunde auch den Prüfungsvermerken der Versorgungsamtsärzte einen wesentlichen Wert nicht beimessen, besonders nicht dann, wenn sie kurzerhand mit grüner Tinte die Zahlen im Arztzeugnis abändern. Die grüne Tinte erinnert mit Recht an den grünen Tisch, und in den Versorgungsgerichten wird wohl erfahrungsgemäß diesen Vermerken nicht viel Wert beigemessen, ganz sicher nicht dann, wenn sogar eine Begründung der abweichenden Ansicht fehlt. Die Nachprüfung an sich erscheint mir sehr zweckmäßig, sie müßte aber, um Wert zu haben, entweder aus dem beanstandeten Gutachten selbst begründet werden oder eine Beantwortung der Beanstandung durch den untersuchenden Arzt herbeiführen, eine neue Begutachtung durch einen anderen Arzt (Facharzt oder Kommission) — wie es ja vielfach geschieht — veranlassen, oder endlich auf Grund e i g e n e r Untersuchung erstattet werden. Sonst ist der Prüfungsvermerk, wie gesagt, wertlos, noch wertloser aber ist die Tätigkeit der entscheidenden Stelle, die die Prüfungszahl ohne eigenes Urteil in das Formular einrückt.

Wenn, wie oben vorgeschlagen, die Versorgungsbehörden den Antragsteller selbst hören würden, ihm hierbei auch das Ergebnis der ärztlichen Untersuchung und die Schätzung des Arztes mitteilen würden, so

hätte der Antragsteller gleich Gelegenheit, seine abweichende Ansicht vorzutragen, der Arzt könnte sich gleich hierzu äußern, m. a. W. die doch erforderliche erschöpfende Behandlung wäre schon im Versorgungsverfahren gesichert, und manche Berufungen würden verhindert.

Zu beanstanden ist endlich auch die Form der erteilten Bescheide. Die Fülle der Arbeit läßt es wohl nicht zu, jedem Bescheid eine eingehende Begründung mitzugeben, und bei einer Rentenbewilligung mag auch eine formularmäßige Abfassung genügen. Bei einer Abweisung aber, und zwar auch bei einer Rentenbewilligung wegen einer Dienstbeschädigung unter Verneinung eines Anspruches aus einem anderen Leiden, genügen die üblichen Formulare nicht, wenn sie nur etwa besagen: „Weil Ihr Leiden weder nachweislich im Dienst noch auch durch Diensteinflüsse entstanden oder verschlimmert ist und weil eine Erwerbsfähigkeitseinbuße von mindestens 10 v. H. nicht vorliegt" oder ähnlich. Der Antragsteller hat ein Recht darauf, zu erfahren, warum diese Voraussetzungen verneint werden. Es bedarf keiner langen Erörterung, überdies kann z. B. mit wenigen Worten gesagt werden, daß nach den Ermittlungen das Leiden schon vorher bestand, daß die Diensteinflüsse es nicht befördert haben, sondern daß die etwaige Verschlimmerung nach dem ärztlichen Gutachten nur die naturgemäße Fortentwicklung des Leidens ist. Daß dem so ist, kann der medizinisch unerfahrene Antragsteller nicht wissen, er muß ohne solche Bescheidung den Spruch für ungerecht halten, und das zu vermeiden ist vornehmste Aufgabe der Begründung. Aber eine begründete klare Entscheidung hat noch einen weiteren wichtigen Zweck. Wenn die Dienstbeschädigung verneint wird, dann ist die Frage der Erwerbsfähigkeitseinbuße nicht nur überflüssig, sondern folgerichtig überhaupt nicht zu prüfen und im Bescheid zu erörtern. Der Bescheid muß sich über den Grund der Abweisung aber schon deshalb klar aussprechen, weil auch bei Abweisung infolge späterer Verschlimmerung ein erst später entstehender Anspruch zuerkannt werden muß, wenn nachträglich die Erwerbsfähigkeitseinbuße 10 v. H. erreicht. Wenn aber im ersten Verfahren rechtskräftig festgestellt ist, daß eine Dienstbeschädigung nicht vorliegt, dann kommt ein neuer Anspruch überhaupt nicht in Frage. Es ist daher ungeheuer wichtig, daß sich in dieser Beziehung der erste Spruch klar ausdrückt und die Einbuße überhaupt nicht erwähnt, wenn die Dienstbeschädigung verneint wird. Ist das aber der Fall, so muß ein späterer Antrag aus diesem Grunde abgewiesen werden, und es ist nicht nur überflüssig, sondern unzulässig, Ermittlungen über den Grad der Einbuße anzustellen. Es sei denn, daß nach § 31 Abs. 6 MVG. die Versorgungsbehörde, weil ihr die Verneinung der Dienstbeschädigung bedenklich erscheint, einen neuen Bescheid zugunsten des Antragsstellers erteilen will. Dann muß sie aber in dem neuen Verfahren die Frage der Dienstbeschädigung erneut prüfen und in ihrem Bescheid zum Ausdruck bringen, daß sie nunmehr Dienstbeschädigung annimmt, oder nicht. Bejaht sie das, so liegt eine neue Entscheidung zugunsten des Antragstellers vor, die mit der Berufung anfechtbar ist, wenn ein Anspruch auf Renten zuerkannt ist. Verneint sie aber die Dienstbeschädigung, so hat sie zwar einen neuen Bescheid erteilt, aber nicht zugunsten des Antragstellers. Ein Fall des § 31 Abs. 6 liegt also nicht vor, d. h., die Berufung ist unzulässig. Bei Prüfung dieser Frage kommt es also wesentlich auf die Begründung des ersten und des zweiten Bescheides an, und diese Begründung darf daher nicht formularmäßig sein. Insbesondere erscheint es aber zweckmäßig, bei einem neuen Bescheide klar zum Ausdruck zu bringen, ob das ein neuer Bescheid im Sinne des § 31 Abs. 6 sein soll oder ob es ein Bescheid im Sinne des § 30 MVG. ist, oder endlich, ob die Abweisung ausgesprochen wird, weil im früheren Verfahren über den Anspruch bereits rechtskräftig erkannt ist. Der Tenor der Entscheidung kann in allen drei Fällen der gleiche sein, die Begründung muß aber die rechtliche Natur der Entschei-

dung erkennen lassen, und so verbietet sich die Benutzung des Formulars.

Dem Versorgungsberechtigten, der die Erhöhung seiner Rente verlangt, kann auf zwei Wegen geholfen werden. § 30 greift Platz, wenn eine Verschlimmerung des Leidens oder richtiger seiner Folgen für die Erwerbsfähigkeit nachher eingetreten ist, und worin diese Änderung liegt, muß sich aus der ärztlichen Begutachtung und der Begründung des Bescheides klar ergeben; wird aber eine Änderung nicht ermittelt, kommt aber gleichwohl der Arzt und die entscheidende Stelle zu der Auffassung, daß ein höherer Prozentsatz der Einbuße vorliegt, so kann nur nach § 31 Abs. 6 durch einen neuen Bescheid geholfen werden. Wichtiger ist diese Unterscheidung für die Herabsetzung einer Rente. Diese darf nur nach § 30 erfolgen, nicht nach § 31 Abs. 6, sie hat also unbedingt eine Änderung des Zustandes zur Voraussetzung. Ist beim ersten Bescheid irrig zu hoch bewertet, und bewertet man im neuen Verfahren geringer, aber ohne eine Änderung feststellen zu können, so darf eine Herabsetzung der Rente nicht erfolgen.

Diese Grundsätze weisen darauf hin, wie unerläßlich und wichtig es ist, in dem ersten Verfahren eine klare, unzweideutige Stellung zu nehmen zur Dienstbeschädigungsfrage und zu dem Zustand des Versorgungsberechtigten unter Darlegung der Folgen für die Erwerbstätigkeit. Und maßgebend sind immer die Gründe, die ja auf das ärztliche Gutachten verweisen können, aber bei mehreren voneinander abweichenden Gutachten erkennen lassen müssen, welches zugrunde gelegt ist.

Die vorstehend gekennzeichneten Grundsätze werden im allgemeinen in dem auf die Berufung sich anschließenden gerichtlichen Verfahren von selbst befolgt. In den meisten Fällen erscheint der Kläger zur Verhandlung; er kann seine Wünsche und Ansichten, seine Klagen und Beschwerden vortragen, der anwesende Vertrauensarzt kann ihn untersuchen und sich zu allen Entgegnungen des Klägers, zu allen Fragen der Richter äußern, kurz, die verlangte erschöpfende Behandlung ist hier gesichert. Der Schwerpunkt der Rechtsfindung liegt beim Militärversorgungsgericht. Das Reichsmilitärversorgungsgericht muß zwar auch sachlich prüfen und nötigenfalls dasselbe Verfahren beobachten — es ist nicht etwa nur eine Revisionsinstanz —, aber es wird in den meisten Fällen den Kläger nicht zur Stelle haben und sich vorwiegend mit der Auslegung des Gesetzes befassen. Der Versorgungsberechtigte ist aber in dem ganzen Verfahren nicht nur Partei, sondern auch das wichtigste Beweisobjekt!

Man folgere nun nicht aus der erschöpfenden Behandlung vor dem Militärversorgungsgericht, daß sich das Verwaltungsverfahren mit einfacheren Formen begnügen dürfe. Einmal muß der Vorsitzende des Gerichtes in den entstandenen Akten eine sichere Handhabe haben zur Prüfung der Frage, ob er das persönliche Erscheinen der Partei anordnen will oder nicht. Die Anordnung hat eine Erstattung der heute nicht unerheblichen Kosten der Terminswahrnehmung auch bei völlig unbegründeter Berufung zur Folge! Sodann aber ist es doch selbstverständlich, daß auch das Verwaltungsverfahren das Recht finden soll, und dazu ist eben die erörterte erschöpfende Behandlung unbedingt erforderlich, zumal sie zur Folge haben wird, daß manche der vielen unbegründeten Berufungen vermieden wird.

Bei der Neuregelung des Militärversorgungswesens erscheint es mir daher dringend erforderlich, in den erörterten Punkten dem Verwaltungsverfahren anderen Inhalt und andere Form zu geben.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsänderung.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 16. Dezember 1919 (2562 Amtl. Nachr. 1920 S. 175).

Das Reichsversicherungsamt vermochte sich der Auffassung der Vorinstanzen, daß die Satzungsänderung am 25. Januar 1918 wirksam geworden sei, nicht anzuschließen. Die Genehmigung ist mit der unterschriftlichen Vollziehung durch das Oberversicherungsamt nach außen hin noch nicht in Erscheinung getreten und deshalb auch nicht bindend geworden. Dies ist erst mit der Zustellung an den Kassenvorstand geschehen. Die Zustellung ist aber erst am 12. Februar 1918 erfolgt. Die vorherige Erkundigung des stellvertretenden Vorsitzenden der Krankenkasse bei einem Bürogehilfen des Versicherungsamts kann als ein der Zustellung gleichstehender Akt nicht angesehen werden. Auch der Umstand, daß der Kassenvorstand die Genehmigung bereits vor ihrer Zustellung öffentlich bekanntgemacht hat, ändert nichts an der Beurteilung; denn in dieser Bekanntmachung hat der Vorstand den 11. Februar 1918 als Tag des Inkrafttretens angegeben, sich also auch erst von diesem Zeitpunkt ab nach außen hin gebunden. Wenn der Vorstand beschlossen hat, die Satzung solle sofort nach erteilter Genehmigung in Kraft treten, so steht dem die Bekanntmachung höchstens insofern entgegen, als darin ein früherer Tag des Inkrafttretens angegeben ist; denn zur Zeit der Veröffentlichung war die Genehmigung noch nicht wirksam, sondern erst am 12. Februar 1918. Endlich ist auch der Gesichtspunkt nicht zu Gunsten des Klägers geltend zu machen, daß er das Krankengeld erst vom vierten Krankheitstag an bezog, also vom 12. Februar 1918 an. Die Krankheit ist bereits am 9. Februar 1918 eingetreten und mit ihr der Versicherungsfall; der Zeitpunkt seines Eintritts ist für den Beginn und die Berechnung der Leistungen maßgebend. Hiernach ist der Anspruch auf das entsprechend der Satzungsänderung höhere Krankengeld nicht gerechtfertigt und mußte deshalb unter Aufhebung des Urteils abgewiesen werden.

Verletzung der Meldepflicht. Verschulden eines Angestellten entschuldigt den Unternehmer nicht.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 21. Februar 1920 (4. B. K. 433/19).

Bei der Firma N. haben Mitte Mai eine größere Anzahl Lohnerhöhungen stattgefunden, die der Kasse erst am 8. August 1919 gemeldet worden sind. Die Kasse hat beim Versicherungsamt Bestrafung des verantwortlichen Mitinhabers der Firma nach § 531 RVO. beantragt. Die Firma hat die verspätete Ummeldung mit der „Bummelei" einer früheren Angestellten X, die deswegen auch entlassen sei, entschuldigt und gebeten, die durch den Krieg und dessen Folgen entstandenen Verwirrungen im Geschäftsleben in Betracht zu ziehen und einen entschuldbaren Irrtum anzunehmen. Das Versicherungsamt hat von einer Bestrafung abgesehen. Auf Beschwerde der Kasse hat jedoch das Oberversicherungsamt gegen den Mitinhaber der Firma eine Geldstrafe von 10 *M* festgesetzt aus folgenden G r ü n d e n:

Jeder Arbeitgeber hat die Pflicht, bei Veränderungen im Versicherungsverhältnis zu prüfen, ob Änderungen im Versicherungsverhältnis rechtzeitig der Kasse mitgeteilt sind. Es ist nicht angängig, daß er sich hierbei auf seine Angestellten verläßt. Er hat zum mindesten dadurch fahrlässig gehandelt, daß er bei den von ihm vorgenommenen Lohnerhöhungen, die ihm bekannt waren, nicht darauf geachtet hat, daß diese der Kasse rechtzeitig mitgeteilt sind.

Umfang der Erstattungspflicht der Krankenkasse bei Zuziehung eines Nichtkassenarztes (§ 368 RVO).

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 26. November 1920 (2560 Amtl. Nachr. 1920 S. 172).

Der § 368 RVO. regelt, wie auch die Überschrift des ihm übergeordneten Abschnitts VI besagt, das Verhältnis der Krankenkassen zu den Ärzten. Im ersten Halbsatz des § 368, der vorschreibt, daß die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten durch schriftlichen Vertrag geregelt werden, ist — wie § 369 es ausdrückt — von den von der Kasse bestellten Ärzten die Rede. Der zweite Halbsatz des § 368 regelt das Verhältnis der Kasse zu den von ihr nicht bestellten „anderen" Ärzten. Er schreibt grundsätzlich vor, daß die Kasse deren Bezahlung ablehnen kann, und macht nur für dringende Fälle davon eine Ausnahme. Darüber, wie in solchen Fällen das Verhältnis der Kasse zu den anderen Ärzten geartet sein solle, ist hier, wie auch sonst in der Reichsversicherungsordnung, nichts gesagt. Keinesfalls kann angenommen werden, daß durch diese rein negative Vorschrift unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen der Kasse und dem anderen Arzte geschaffen, letzterem also ein Rechtsanspruch gegen die Kasse auf Bezahlung gegeben werden sollte. Die Bedeutung der Vorschrift kann daher nur sein, daß das Kassenmitglied in diesen Fällen von der Kasse die Bezahlung des anderen Arztes, sei es unmittelbar, sei es mittelbar durch Erstattung des Gezahlten an das Mitglied, verlangen kann. Auch über das Maß dessen, was die Kasse in solchen Fällen zu leisten hat, ist nichts bestimmt. Bei dem rein nega-

tiven Charakter der Vorschrift kann daher auch nicht angenommen werden, daß dadurch eine besondere Mehrbelastung der Kasse geschaffen, die Kasse also verpflichtet werden sollte, das zwischen dem Mitglied und dem anderen Arzte etwa vereinbarte Honorar zu bezahlen. Die Bedeutung der Vorschrift kann vielmehr nur dahin aufgefaßt werden, daß die Kasse auch in diesen Fällen die ihr im allgemeinen (nach §§ 182 ff.) obliegende Verpflichtung zur Gewährung der ärztlichen Behandlung zu erfüllen hat. Das Maß des von der Kasse zu Leistenden ist also zu begrenzen und die Verpflichtung der Kasse nur dahin zu verstehen, daß sie Aufwendungen bis zur Grenze desjenigen zu machen hat, was sie aufzuwenden gehabt haben würde, wenn sie den anderen Arzt unmittelbar beauftragt hätte. Im Geltungsbereiche der Preußischen Gebührenordnung für Ärzte vom 15. Mai 1896/13. März 1906 wie hier, würde die Kasse im Falle eines unmittelbaren Auftragsverhältnisses zwischen ihr und dem anderen Arzte ebenso, wie in den Fällen, wo dem anderen Arzte (aus auftragloser Geschäftsführung nach §§ 677 ff. BGB. oder ungerechtfertigter Bereicherung nach §§ 812 ff. daselbst) ein unmittelbarer Anspruch gegen die Kasse zusteht, die Mindestsätze dieser Gebührenordnung gemäß § 2 daselbst dem Arzte zu bezahlen haben. Nur diese Mindestsätze hat sie also auch dem Mitglied zu erstatten. Das durch den Dienstvertrag zwischen dem Mitglied und dem andern Arzte geschaffene Rechtsverhältnis wird dadurch nicht berührt. Das Mitglied könnte daher an sich allerdings in die Lage kommen, die fremdärztliche Hilfe teilweise aus eigenen Mitteln zahlen oder, wenn der Arzt die Behandlung zu den Mindestsätzen ablehnt, eine sofortige und sachgemäße ärztliche Behandlung entbehren zu müssen. Tatsächlich wird aber eine derartige Zwangslage für das Mitglied kaum eintreten. Denn es ist einerseits zu berücksichtigen, daß es sich hierbei nur um dringende Fälle, bei denen also Gefahr im Verzug ist, handelt, in solchen Fällen aber die Standespflichten dem Arzte die Ablehnung der Behandlung verbieten werden. Anderseits ist durch die hier gegebene Auslegung der Vorschriften nur eine Verpflichtung der Kasse zur Zahlung oder Erstattung des Mehr, nicht auch ihre entsprechende Befugnis verneint; die Kasse ist also nicht gezwungen, sich in diesen Fällen im Rahmen des § 2 der Gebührenordnung zu halten, sie kann auch unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse des Einzelfalls nach billigem Ermessen das Mehr bezahlen oder erstatten. Dies entspricht auch, wie aus den in anderer Sache eingeholten Auskünften der Kassenhauptverbände entnommen werden kann, der bisherigen Übung der Kassen, die zwar ihre Verpflichtung zur Überschreitung der Mindestsätze grundsätzlich verneinen, dem Mitglied aber, wenn dies nach Lage des Falles gerechtfertigt erscheint, auch einen höheren angemessenen Betrag zu erstatten pflegen. Daran soll durch diese Entscheidung nichts geändert werden.

Ruhegehaltsansprüche der Kassenangestellten.

Entscheidung des **preußischen Ministers für Volkswohlfahrt** vom 8. April 1920 (HMBl. S. 127).

Der Beschwerde gegen den Beschluß des Oberversicherungsamts in L. vom 20. Februar dieses Jahres, durch welchen die Genehmigung zum § 16 der dem Oberversicherungsamt vorgelegten Dienstordnung versagt wird, kann keine Folge gegeben werden. Dem Oberversicherungsamt ist darin beizustimmen, daß es nicht angängig ist, ein Ruhegehalt auch solchen Angestellten zuzubilligen, welche nur nebenamtlich im Kassendienste tätig sind, und ebenso nicht für den Fall, daß der Angestellte aus dem Kassendienst ausscheidet, ohne dienstunfähig zu sein oder das 65. Lebensjahr vollendet zu haben. Das Oberversicherungsamt hat die Genehmigung zu Recht versagt, weil ein wichtiger Grund im Sinne des Gesetzes vorlag.

„Dringender Fall" im Sinne des § 368 Abs. 2 RVO.?

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 8. Februar 1920 (K. 3773. 19. V.).

Das Oberversicherungsamt hat im Gegensatz zu dem Vorderrichter das Vorliegen eines dringenden Falles mit der Wirkung, daß die Inanspruchnahme eines Nichtkassenarztes ohne weiteres statthaft gewesen sei, nicht annehmen können. Bei dem damaligen Zustande der Klägerin war mit der Möglichkeit, daß ärztliche Hilfe in absehbarer Zeit in Anspruch genommen werden müsse, zu rechnen. Sache der Klägerin oder ihres Ehemannes wäre es daher gewesen, rechtzeitig, d. h. zu einer Zeit, in der die Aussicht auf Niederkunft für die Klägerin zur Gewißheit geworden war, ihr Zustand aber noch keine Regelwidrigkeiten zeigte, darüber sich Aufklärung zu verschaffen, welcher Kassenarzt im Bedarfsfalle um Hilfe anzugehen sei. Erst wenn ein Kassenarzt versagt hätte, wäre die Inanspruchnahme eines kassenfremden Arztes statthaft gewesen. Trotzdem nun kassenärztliche Hilfe in ausreichendem Maße zur Verfügung stand, ist ein Versuch, sie zu erlangen, von der Klägerin oder ihrem Ehemann erst gar nicht gemacht worden. Für die Beklagte besteht mithin keine Verpflichtung zur Erstattung der der Klägerin erwachsenen privatärztlichen Kosten, keinesfalls aber eine Verpflichtung zur Zahlung eines über den trotzdem erstatteten Mindestsatz von 25 M hinausgehenden Betrages. Der Anspruch der Klägerin mußte daher abgewiesen und die angefochtene Entscheidung aufgehoben werden.

B. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Ausstellung von Quittungskarten auf die Versicherungsanstalten Elsaß-Lothringen, Westpreußen, Posen.

Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 1. April 1920 (HMBl. S. 127).

Ungeachtet des Umstandes, daß durch den Friedensvertrag Elsaß-Lothringen und Teile von Westpreußen und Posen vom Deutschen Reiche abgetrennt worden sind, erscheint es richtig, daß Versicherten, die in Deutschland wohnen und deren Quittungskarten bisher auf den Namen der Versicherungsanstalt Elsaß-Lothringen, Westpreußen oder Posen lauten, auch weiterhin Karten mit dem Namen der bisherigen Ursprungsanstalt (§ 1418 RVO.) ausgestellt werden. Dagegen ist von einer Versendung der aufgerechneten Karten an die genannten Anstalten gemäß § 1423 Abs. 1 a. a. O. abzusehen. Vielmehr sind diese Karten einstweilen bei der Versicherungsanstalt, der sie von den Aufrechnungsstellen eingesandt wurden, zu verwahren, bis darüber Bestimmung getroffen ist, welche Versicherungsanstalten an Stelle der bisherigen Ursprungsanstalten treten. In den Abkommen mit den beteiligten Staaten wird für einen gegenseitigen Austausch der Quittungskarten Sorge getragen werden.

Invaliden-Versicherungspflicht der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Hamm** vom 24. Februar 1920.

Unbestritten ist, daß nach § 14 der Verordnung über die Versicherungspflicht der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten*) alle diejenigen versicherungsfrei blieben, die vor der Hilfsdienstleistung selbständig waren und „voraussichtlich" auch nachher wieder wurden. Zur Anwendung dieser Bestimmung genügte es also, wenn der Hilfsdienstpflichtige „voraussichtlich" nach Aufhebung des Gesetzes über den Hilfsdienst in seine bisherige Selbständigkeit zurücktrat. Das Gesetz läßt also selbst die Möglichkeit, daß ein Hilfsdienstpflichtiger wider Erwarten nicht in seine Selbständigkeit zurücktritt, offen.

Natürlich kann die Versicherungspflicht nicht auf willkürliche, vielleicht sogar wechselnde Erklärungen des Hilfsdienstpflichtigen nach dieser Richtung hin beurteilt werden, sondern es muß mit größter Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen sein, daß die Möglichkeit des Rücktritts in die Selbständigkeit aller Voraussicht nach auch gegeben ist. Ist das der Fall und hat der Hilfsdienstpflichtige erklärt, nach Beendigung des Hilfsdienstes wieder selbständig zu werden, so tritt für die Zeit der Hilfsdienstleistung hinsichtlich der Invalidenversicherung Versicherungsfreiheit ein und diese wird dann auch nicht dadurch aufgehoben, daß der betreffende Hilfsdienstpflichtige nach Aufhebung des Hilfsdienstgesetzes wider Erwarten, ganz gegen seine ursprüngliche Absicht, infolge des schlechten Ausganges des Krieges in seiner Hilfsdienststellung zu verbleiben gezwungen ist. In diesem Falle hat sich die Versicherungspflicht erst ergeben, als die Beschäftigung auch über die Zeit der Aufhebung des Hilfsdienstes hinaus ausgeübt wurde, und sind daher auch erst von diesem Tage ab die Beiträge zur Invalidenversicherung zu entrichten.

Das Oberversicherungsamt Dortmund hat durch Beschluß vom 24. 3. 20 die Beschwerde der Landesversicherungsanstalt gegen die vorstehende Entscheidung, unter Billigung ihrer Begründung, zurückgewiesen.

Sprechsaal.

Die Krankenversicherung in Groß-Berlin.

Das Gesetz zur Bildung einer Stadtgemeinde Berlin erlangt mit dem 1. Oktober 1920 Geltung. Nun erregt es Befremden, daß über die so überaus wichtige Frage der Neugestaltung des Krankenkassenwesens in diesem neuen kommunalen Gebilde bislang öffentliche Erörterungen nicht gepflogen worden sind. Wer die technischen Schwierigkeiten zu würdigen weiß, welche eine weitgehende Umstellung von Kassenbezirkgrenzen und Veränderungen im Aufbau einer Kassenverwaltung im Gefolge hat, der wird ermessen können, was in dieser Hinsicht zu leisten ist, um das Kassenwesen Groß-Berlins entsprechend der kommunalen Veränderung auf eine andere Basis zu stellen.

Da billigerweise nicht angenommen werden kann, daß man in Groß-Berlin etwa vor diesem Problem Halt machen wollte, so muß es als eine bedenkliche Unterlassung bezeichnet werden, daß die in Frage kommenden Instanzen der Beteiligten noch nicht mit der Sache befaßt worden sind. Welche Zustände ein Verfahren zeitigen kann, das sich etwa darauf beschränkt, eine solche Materie nur im Verordnungswege regeln zu wollen, hat sich deutlich gezeigt, als Anfang 1914 im Bereiche des Versicherungsamts Niederbarnim, vor den Toren Berlins, eine Neuregelung vorgenommen wurde. Hier lag dem Versicherungsamt diese Arbeit ob. Trotzdem dort der Plan feststand, die etwa 90 Kassen des Kreises in eine allgemeine Kasse aufgehen zu lassen, sind die einzelnen Kassenverwaltungen bis in letzter Stunde darüber im unklaren geblieben. Alle Vorarbeiten, die sie mit Wissen des Versicherungsamts im Hinblick auf die mit dem 1. 1. 1914 zu erwartende Erweiterung des

---

*) Vom 24. 2. 17 (RGBl. S. 171, ArbVers. S. 177).

Mitgliederkreises in die Wege geleitet hatten, waren nutzlos, erhebliche Kassenmittel vergeudet. Ein allgemeines Durcheinander in der neuen großen Kasse — sehr zum Ärger aller Beteiligten — war das Ergebnis solch verfehlten Beginnens.

Es würde zu weit führen, im Rahmen dieser Ausführungen nun etwa alle Möglichkeiten einer Neuregelung in Groß-Berlin erschöpfend zu behandeln. Ob man in Anlehnung an die im neuen Gesetz vorgesehenen kommunalen Verwaltungsbezirke Versicherungsämter und Bezirkskassen oder eine Einheitskasse mit Sektionsbildung ins Auge faßt, jede Regelung erfordert im Hinblick auf die vorhandene Vielgestaltung der Kassen und Bewältigung aller technischen Einzelheiten eine gewaltige Verwaltungsarbeit. Nichts wäre hier verhängnisvoller als die in letzter Zeit recht in Mode gekommene überhastete Inkraftsetzung von nicht genügend durchgearbeiteten Gesetzen und Verordnungen.

Über die Notwendigkeit der Abstellung großer Mängel des Kassenwesens in Groß-Berlin dürfte bei den maßgebenden Instanzen eigentlich kein Zweifel obwalten. Wenn auch ein gut Teil Arbeit dazu nur im Wege der Gesetzgebung geleistet werden kann, so bleibt doch noch manches übrig, was im Zusammenwirken aller Beteiligten geschaffen werden könnte.

Es müßte dabei allerdings viel Überlebtes und mancher alte Zopf über Bord geworfen werden. Wer wollte z. B. kleinen besonderen Ortskrankenkassen für bestimmte Gewerbe eine Träne nachweinen, wenn, wie dies schon heute der Fall ist, der Verschiedenartigkeit des Arbeitsverdienstes in weiter Klassenstaffelung Rechnung getragen worden ist. Die Versicherung der Hausgewerbetreibenden bringt zur Zeit infolge des Ineinandergreifens der Gemeindegrenzen in Verbindung mit den gesetzlichen Vorschriften eine Fülle von Streitfällen mit sich, zum Leidwesen aller Beteiligten. Die Versorgung der Versicherten mit ärztlicher Hilfe ist geradezu eine brennende Frage. Es ist den Kassenmitgliedern, welche infolge öfteren Wechsels ihrer Arbeitsstelle vielfach auch die Kassenzugehörigkeit verändern, schlechterdings unmöglich, im Bedarfsfalle heute diese, morgen jene Kassenärzte kennen zu sollen. Dabei kommt noch in Betracht, daß viele Kassen gar keine Rücksicht nehmen auf die Verschiedenartigkeit zwischen Arbeitsstelle und Wohngemeinde ihrer Versicherten bei Aufstellung ihrer Ärzteverzeichnisse. Vergessen darf auch nicht werden die Buntscheckigkeit der für die einzelnen Kassen festgesetzten Vorschriften über die Verordnung von Medikamenten, Bädern und Heilmitteln usw. Was wird da vielfach den Ärzten für unnützes Schreibwerk zugemutet, wieviel unnötige Wege haben die Mitglieder zu leisten und wieviel Arbeitskraft wird von den Kassen aufgewendet, um jede Brille, Bad, Massage und anderes mehr fein säuberlich zu registrieren, in Verkennung der Zweckmäßigkeit einer solchen Maßnahme.

Die von vielen Kassen geschaffenen, an sich sehr schätzenswerten Einrichtungen eigener Badeanstalten, Zahnkliniken, Heilmittelausgaben usw., bringen doch im Hinblick auf die Groß-Berliner Verhältnisse auch empfindliche Mißstände mit sich. Es ist z. B. eine arge Belästigung, wenn einem in Charlottenburg wohnhaften, erkrankten Kassenmitgliede zugemutet wird, ein ihm dort verordnetes, kleinstes Quantum Verbandsmaterial bei seiner im östlichen Vorort liegenden Kasse zu entnehmen. Dem kann nur abgeholfen werden durch Einrichtungen, welche, zentral geleitet, im ganzen Bezirk Groß-Berlins allen schnell erreichbar sind.

Die Verwaltung des vielgestaltigen Kassenwesens bedeutet zur Zeit, soweit kleine Kassen in Frage kommen, eine Verschwendung von Arbeitskraft und Mitteln. Wenn z. B. solche Kassen, dem Vorbilde großer Gebilde folgend, alle möglichen Statistiken aufnehmen über Wohnungsverhältnisse, Mitgliederbewegung, Krankheitsarten usw. und darüber dann in Jahrbüchern der Mitwelt berichten, so stellt sich so etwas bestenfalls als kostspielige Modesache dar. Einmal liest dies niemand, und zum anderen kommt als Material für andere Zwecke nur eine Aufzeichnung in Frage, welche einen möglichst ausgedehnten Personenkreis erfaßt.

Alle diese nur angedeuteten Fragen mögen erkennen lassen, ein wie erhebliches Interesse die Öffentlichkeit an einer Neuordnung des Kassenwesens in Groß-Berlin hat. Da nun anderseits eine Überspannung der Zentralisation gewisse Unzuträglichkeiten mit sich bringen kann, müßte längst Anlaß genommen sein, um alle Beteiligten in gemeinsamer Arbeit zusammenzuführen zur Beseitigung aller Schwierigkeiten. Versagen hier die Instanzen, müssen die Versicherten selbst die Initiative ergreifen.

Grunow, Kassenangestellter in Berlin-Oberschöneweide.

Zur Festsetzung der Waisenaussteuer.

(Ein Vorschlag.)

Die mißliche Wirtschaftslage fordert gebieterisch auch eine Vereinfachung der Verwaltung. Einen einzelnen Punkt, in welchem eine solche Vereinfachung zweckmäßig und leicht ausführbar erscheint, will der folgende Vorschlag aufweisen.

Nach § 1264 RVO. wird die Waisenaussteuer bei Vollendung des 15. Lebensjahres der Kinder fällig. Der § 1545 Abs. 1 RVO. bestimmt, daß die Leistungen aus der Reichsversicherung mit Ausnahme jener des 3. Buches „auf Antrag“ festgestellt werden. Düttmann meint in Anm. 2 zu § 1264 seines Kommentars zur RVO.: „die Waisenaussteuer wird von Amts wegen festzusetzen sein, wenn die Versicherungsanstalt die zur Waisenaussteuer berechtigten Waisen kennt“. Obwohl dies eigentlich der ausdrücklichen Vorschrift des angeführten § 1545 RVO. widerspricht, verdient diese Ansicht, weil sie eben der Vereinfachung des komplizierten Verfahrens der Sozialversicherung dienen will, doch bei der in Aussicht genommenen Neuordnung der RVO. gewürdigt und berücksichtigt zu werden.

Eine Arbeitsmehrung würde die Festsetzung der Waisenaussteuer von Amts wegen den Versicherungsanstalten kaum bringen. Denn die notwendigen Unterlagen zu einer solchen Festsetzung sind immer vorhanden. Erforderlich ist nach § 1252 RVO. einmal, daß der Verstorbene die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt hatte und weiter, daß die Witwe selbst zur Zeit der Fälligkeit der Waisenaussteuer die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten hat. Die erste Forderung muß ja ohnedies in allen Fällen der Gewährung von Waisenrente erfüllt sein. Die Prüfung der anderen Forderung des § 1252 RVO. aber würde die Versicherungsanstalt an Hand der in ihrer Registratur verwahrten Karten unter gleichzeitiger Einforderung der laufenden Karte der Witwe unschwer vornehmen können. Es würde so, da eine förmliche Antragstellung wegfiele, Zeit und Material gespart. Nach meinem Vorschlage wäre also den

§§ 1264, bzw. 1545 RVO. etwa folgende Fassung zu geben:

§ 1264. Das Witwengeld wird beim Tode des Ehemannes fällig und auf Antrag gewährt. Die Waisenaussteuer wird bei Vollendung des 15. Lebensjahres der Kinder fällig. Sie wird von Amts wegen festgestellt.

§ 1545. Es sind festzustellen:

1. die Leistungen auf dem Gebiete der Unfallversicherung, ebenso die Waisenaussteuer von Amts wegen,
2. alle übrigen Leistungen der Reichsversicherung auf Antrag.

Die Feststellung ist zu beschleunigen.

Hans Dehm, Assist. am Städt. Vers. Amt Bayreuth.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zum Streit der Ärzte wider die Krankenkassen.

In voller Schärfe ist infolge der Verordnung v. 30. 4. 20 (ArbVers. Heft 15 S. 287) der Kampf zwischen Ärzten und Krankenkassen wieder entbrannt. Die Ärzte haben die veränderte Rechtslage, die starke Erhöhung der Grundlöhne und die Ausdehnung der Versicherungspflicht der Arbeitnehmer in gehobener Stellung, zum Anlaß genommen, alte Forderungen — organisierte freie Arztwahl und eingreifend günstigere Gestaltung der Honorare für kassenärztliche Tätigkeit — von neuem zu erheben. Die Kassen verhalten sich im ersten Punkte schlechthin, im zweiten nur zum Teil ablehnend. Unsere Zeitschrift, die in Abständen von zehn Tagen erscheint, kann nicht, wie die Tageszeitungen, über alle Phasen des Kampfes berichten; unsere Mitteilungen würden sonst bei ihrem Erscheinen zumeist bereits durch die Ereignisse überholt sein. In dem Zeitpunkt aber, da wir diese Zeilen schreiben, scheint eine Krise eingetreten zu sein, die, wenn sie nicht durch vermittelndes Eingreifen der Regierung oder durch einen Machtspruch gelöst wird, einen für weite Kreise der Bevölkerung, ja für das Wohl des Volkes überhaupt, höchst empfindlichen Dauerzustand einzuleiten droht. Die zwischen dem Leipziger Verbande der Ärzte Deutschlands und den großen Hauptverbänden der Krankenkassen angeknüpften Verhandlungen über eine Einigung sind gescheitert, und der Ärzteverband hat infolgedessen den ihm angeschlossenen Ärztevereinen die Weisung erteilt, die Verträge mit den Kassen mit Wirkung vom 25. 5. 20 auf Grund des § 626 Bürg. Gesetzb. zu kündigen. Aus vielen Orten des Reichs kommt die Nachricht, daß die Vereine dieser Weisung gefolgt sind. Das bedeutet, daß die Ärzte die Kassenmitglieder nicht mehr auf Grund des Vertrages, sondern nur noch als „Privatpatienten" und — wie hinzugefügt wird — gegen Barzahlung behandeln. Das ist schlimm, sehr schlimm für die große Masse der Kassenmitglieder, aber auch schlimm für die Ärzte, denen die Herzenshärte angesonnen wird, selbst Schwerkranken, die dringend sofortiger Hilfe bedürfen, jeden Beistand zu versagen, wenn sie nicht das vom Arzte nach freiem Ermessen geforderte oder nach der gesetzlichen Taxe bemessene Honorar alsbald (wie bei dem Krämer, der Käse oder Schuhwichse verkauft) auf den Tisch legen. Immerhin wäre dies kein „Streik", wie er von ärztlichen Heißspornen hier und da gefordert oder angedroht worden ist, so z. B. in Nr. 18 der „Ärztl. Mitteilungen" vom 1. 5. 20, wo es heißt: „Im ganzen Reich darf von der bestimmten Stunde ab kein Arzt mehr irgendwelche berufliche Arbeit ausüben. In Klinik und Krankenhaus, in Anstalt und Sanatorium, im Ambulatorium und in der Sprechstunde ruht jeder Betrieb. Keine Operation wird vorgenommen, kein Besuch gemacht, keine Bescheinigung ausgestellt, keine Vorlesung gehalten." Wohlgemerkt: das sollte nicht den Kassenmitgliedern allein gelten, sondern dem gesamten deutschen Volke, den Gerechten wie den Ungerechten! Hier enthüllt sich ein Gewissen von erstaunlicher Weite! Wir sind überzeugt, daß die Mehrzahl der Ärzte schon das bloße Spiel mit einem solchen Gedanken weit von sich weist.

Hoffentlich wird es, wenn diese Zeilen unseren Lesern zu Gesicht kommen, bereits gelungen sein, ein beiden Teilen gerecht werdendes Abkommen zustande zu bringen. In der Frage der Erhöhung der vertragsmäßigen Vergütung werden die Kassen den Ärzten billigerweise weit entgegenkommen müssen und auch können, nachdem durch die Erhöhung der Grundlöhne und der Versicherungsgrenze die Kassenmittel so wesentlich vermehrt worden sind. Die Ärzte aber müssen sich gegenwärtig halten, daß sie ein gewagtes Spiel spielen, wenn sie Zugeständnisse durch fristlose Kündigung der Verträge auf Grund des § 626 Bürg. Gesetzb. erzwingen zu können hoffen. Denn schon die Anwendung des § 370 RVO. durch das Oberversicherungsamt, die an vielen Orten bei dauerndem ablehnenden Verhalten der Ärzte nicht zu umgehen sein würde, würde die Lage zu ihren Ungunsten verschieben. Vor allem aber ist die Frage, ob die Voraussetzung jenes Kündigungsrechts — ein „wichtiger Grund" — in der durch die Verordnung v. 30. 4. 20 herbeigeführten Lage der Vertragsparteien begründet ist, nichts weniger als zweifelsfrei; und würde sie von den zur Entscheidung darüber berufenen ordentlichen Gerichten verneint werden, so würde das bedeuten, daß *jeder einzelne Kassenarzt, der die Leipziger Weisung befolgt hat, des Vertragsbruches schuldig und der Kasse für allen ihr aus diesem Verhalten erwachsenen Schaden mit seinem Vermögen haftbar ist.*

Schrifttum.

Gesamtregister zu den Bänden 1 bis 10 der Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, herausgegeben von den Mitgliedern des Reichsversicherungsamts. Berlin 1920, Verlag von Behrend & Co. 298 Seiten. Preis 30 *M*; für Bezieher der Amtl. Nachr. des RVA. 24 *M*.

Bei der Anzeige der einzelnen Bände dieser wertvollen Sammlung (zuletzt 1919 S. 657) haben wir wiederholt die große Sorgfalt und zweckmäßige Gestaltung des Registers rühmen können. Die Besitzer der bisher erschienenen zehn Bände haben Ursache, das Erscheinen des vorliegenden Gesamtregisters willkommen zu heißen. Es zerfällt in drei Teile: 1. kurze Angabe des Inhalts aller mitgeteilten Entscheidungen, Mitteilungen und Obergutachten in der Gesetzesfolge unter Voranstellung der ausgelegten gesetzlichen Bestimmungen; 2. ein nach Stichworten alphabetisch geordnetes Sachregister; 3. ein Gesetzesregister in der Paragraphenfolge der Reichsversicherungsordnung, der sie ergänzenden Vorschriften, ferner der älteren Versicherungsgesetze und aller sonst in den Entscheidungen herangezogenen Gesetze, Verordnungen, Bekanntmachungen usw. Durch diese, in Anlage und Ausführung mustergültige, übersichtliche Zusammenfassung wird der reiche Inhalt der zehn Bände für ihre Besitzer erst recht erschlossen und bequem zugänglich gemacht.

Das Arbeitsrecht des neuen Deutschland. Von Dr. iur. Franz Goerrig. II. Buch: Die Rechte des Arbeitgebers im neuen Deutschland. Bonn 1920, bei Karl Georgi. 83 Seiten.

Die günstigen Erwartungen, mit denen wir das Erscheinen des ersten Bändchens über die Rechte des Arbeiters begrüßen konnten (Jahrg. 1919 S. 578), werden durch das vorliegende zweite Buch bestätigt. Es schließt sich in der Gliederung des Stoffes genau dem ersten Buche an, so daß nun ein einheitlich gestalteter „systematischer gemeinschaftlicher Grundriß des gesamten geltenden deutschen Arbeitsrechts" abgeschlossen vorliegt, wobei nur zu beachten ist, daß der Gegenstand dieser Arbeit — das deutsche Arbeitsrecht selbst — bei weitem noch nicht als abgeschlossen anzusehen ist. Insbesondere harrt ja noch, nach dem von dem Verfasser bereits berücksichtigten Betriebsrätegesetz v. 4. 2. 20, die Verheißung des Art. 165 der Reichsverfassung hinsichtlich der Bezirksarbeiterräte und des Reichsarbeiterrats der Erfüllung. Schon die bisher ergangenen Gesetze hatten im wesentlichen nur die Gestaltung von Rechten der Arbeitnehmer zum Gegenstande, so daß von dem Rechte der Arbeitgeber vielfach nur ein Bild gegeben werden kann, wie es die photographische Platte in dem sogenannten Negativ empfängt, oder — wie der Verfasser es ausdrückt — ein Bild von dem, „was der Arbeitgeber nicht mehr darf". Das machte die Aufgabe des Verfassers in diesem zweiten Buche zu einer besonders heiklen. Er hat sich dieser Aufgabe mit ruhiger Sachlichkeit erledigt und nur in einem kurzen Ausblick auf das zu erwartende Arbeitsgesetzbuch und auf die Sozialisierungsbestrebungen auch subjektiv Stellung genommen, ohne überschwengliche Hoffnungen, aber auch ohne übermäßigen Pessimismus, vielmehr im Vertrauen auf die Entfaltung genossenschaftlicher Gemeinschaftsarbeit von Arbeitgebern und Arbeitnehmern.

Die Arbeitnehmerbewegung. Von Paul Bröcker. Deutschnationale Verlagsanstalt Hamburg. 114 Seiten. Preis 3,50 *M* zuzüglich Teuerungszuschlag.

Der Verfasser geht davon aus, daß, nach einem halben Jahrhundert der Arbeitnehmerbewegung, das Jahr 1918/19 die verschiedenen Strebungen — die Klassenkampfidee der sozialdemokratischen Gewerkschaften, die Harmonieidee der Hirsch-Dunckerschen Gewerkvereine, den völkischen Gedanken der christlichen Gewerkschaften und der kaufmännischen Berufsbewegung — nach langem Kampfe wie in einer Sammellinse aufgefangen gesehen habe, daß aber der Hagelschlag der Revolution die Blüte, die Reife ankündigte, zerstört habe und daß, nach 50jähriger Geschichte, die Arbeitnehmerbewegung vor einem Fragezeichen stehe. Die Schrift unternimmt nicht, dies Zeichen aufzulösen; sie will nur zeigen, was war und ist, um so vielleicht den Blick für das eigene Urteil des Lesers zu klären. Ohne die Gewerkschaften, d. h. ohne Kollektivregelung des Arbeitsmarktes, sei ein Wiederaufbau unserer Wirtschaft nicht denkbar. Der Zweck der Schrift ist, Verständnis hierfür zu verbreiten und die gewerkschaftliche Arbeitnehmerbewegung, losgelöst von parteipolitischem Beiwerk, als wirtschaftlich-geistige, also als kulturelle Macht zu bewerten. — Diese seine Absicht verwirklicht der Verfasser in historisch-kritischen Abhandlungen auf Grund genauer Kenntnis der Vorgänge und ihrer inneren Triebkräfte. Er zeigt insbesondere, wie die Arbeitnehmerbewegung in Deutschland sich um drei Ideen gruppiert: um den Marxismus, um den nationalen und — was selbstverständlich nicht dasselbe ist — um den völkischen Gedanken. Er entwickelt das Gemeinsame im Gedankengange der völkischen und der marxistischen Richtung der Bewegung, weist ihre geistigen Hauptaufgaben nach, behandelt die Sicherung der Einzelexistenz und ihre sittliche Bedeutung, dann den innerlichen Gegensatz zwischen Arbeitern und Angestellten, um in einem Schlußkapitel über den „Endkampf der beiden Pole" als das große Erlebnis in der geistigen Entwicklung der Arbeitnehmerbewegung zu verkünden: sie werde ihre Deutschheit in sich erleben und erkennen, daß sie den Völkern nur nützen könne, indem sie ihr Bestes, ihr Deutschtum pflege und darbiete. Der völkische Gedanke sei ihr höchstes Ziel. In seinem Zeichen werde die Arbeitskraft von der Ware zum Gut.

Dem Verfasser wird es nicht an Gläubigen fehlen, aber ganz sicher auch nicht an Zweiflern. Er kann es sich auch gar nicht anders wünschen. Denn Fragen dieser Art sind weder durch logische Erwägung allein noch bloß durch innere Empfindung zu lösen. Schon bei der Feststellung der Tatsachen und mehr noch bei ihrer Würdigung spielt der durch angeborene oder anerzogene Empfindung wesentlich mitbestimmte Standpunkt des Betrachters eine wichtige Rolle. Wer solche Fragen behandelt, tut genug, wenn er die Tatsachen, wie er sie sieht, rechtschaffen prüft und erwägt und das, was daraus folgt, mit dem Willen zur Wahrheit entwickelt. So aber verfährt der Verfasser. Und der warme, doch leidenschaftslose Ton seines Vortrags, die Freude am Kampf, die doch nie zur Mißachtung oder Kränkung des Gegners verführt — kurz: Ehrlichkeit und Vornehmheit kennzeichnen das inhaltreiche und anregend geschriebene Büchlein als empfehlenswerten Lesestoff für jeden, der sich für soziale Fragen interessiert.

Handbuch des neuen Arbeitsrechts. Mit Erläuterungen und Wörterverzeichnis herausgegeben von Oberbergrat Dr. Wilh. Schlüter. — Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage. Dortmund 1920 bei Hermann Bellmann. 224 Seiten. Preis 10 *M* zuzüglich Aufschlag.

Die zweite Auflage dieses Buches und einen Nachtrag dazu haben wir im Jahrg. 1919 S. 216 und 298 angezeigt. Inzwischen hat die Gesetzgebung auf dem Gebiete des Arbeitsrechts munter weitergearbeitet, teils an ihren früheren Werken flickend, teils Neues von Grund aus gestaltend. Diese Neuerungen sind wichtig genug, um die neue Auflage des Buches zu rechtfertigen, das nunmehr — bis auf weiteres! — den gegenwärtigen Stand des Arbeitsrechts widerspiegelt. Neu aufgenommen sind: die Gesetze und Verordnungen über Arbeitsnachweise vom 12. September 1919, über Erwerbslosenfürsorge vom 26. Januar 1920, über die Einstellung und Entlassung der Arbeiter und Angestellten vom 12. Februar 1920, die sozialpolitischen Bestimmungen aus der neuen Reichsverfassung sowie das Betriebsrätegesetz vom 4. Februar 1920 mit der zugehörigen Wahlordnung. Die älteren Gesetze und Verordnungen sind sämtlich in der heute gültigen Fassung mit allen Abänderungen wiedergegeben, die sie durch Nachgesetze erfahren haben. Im Anhang ist die Satzung der Zentral-Arbeitsgemeinschaft der industriellen und gewerblichen Arbeitgeber und Arbeitnehmer Deutschlands vom 12. Dezember 1919 sowie der Tarifvertrag für das rheinisch-westfälische Steinkohlenrevier vom 2. Februar 1920 wiedergegeben.

Betriebsrätegesetz nebst Wahlordnung. Erläuterte Ausgabe von Gustav Schneider-Sachsen. Berlin 1920, Industrieverlag Spaeth & Linde. 132 Seiten. Preis 4,50 *M*.

Der Verfasser war Berichterstatter des mit Beratung des Gesetzes befaßten Ausschusses der Nationalversammlung, hat also die Vermutung der Sachkenntnis für sich. Seine Erläuterungen sind knapp gefaßt, aber klar und sachgemäß.

Die Entwicklung der sozialen Frage bis zum Weltkriege. Von Prof. Dr. Ferdinand Tönnies. Dritte verbesserte Aufl. Berlin und Leipzig 1919, Vereinigung wissenschaftlicher Verleger. 161 Seiten. Preis 1,60 *M* und 50 %.

Der Verfasser umschreibt den allgemeinen Inhalt der „sozialen Frage" als „die Frage des friedlichen Zusammenlebens und Zusammenwirkens der in ihren wirtschaftlichen Lebensbedingungen, Lebensgewohnheiten und Lebensanschauungen weit voneinander entfernten Schichten, Stände, Klassen eines Volkes". Er kennzeichnet den allgemeinen Charakter der Entwicklung dieser Frage (und der Revolutionen), dann insbesondere die Entwicklung in Großbritannien, in Frankreich und in Deutschland und schließt mit einer Betrachtung über den Stand von 1914 und über die Aussichten der sozialen Frage, die er nur für lösbar erachtet „durch energische Bekämpfung und Einschränkung des über alles ökonomische und sittliche Maß hinausgewachsenen Privateigentums am Grund und Boden und Kapital". Mannigfach seien die Methoden dieses Prozesses, der durch gewaltsames Handeln eher unterbrochen als gefördert werden würde. Behutsamkeit, Besonnenheit, Geduld seien geboten. „Umsturz" könne nicht das Ziel eines wissenschaftlich geläuterten Sozialismus sein. Der Bruch mit der Vergangenheit mache die Gegenwart vielleicht freier und froher, aber verstricke sie auch in neue Leiden. Die Kontinuität müsse so sehr gewahrt werden, als die Erziehung des Menschengeschlechts ihrer tiefsten Idee nach verstatte. — Auf dem knappen Raum eines der kleinen Hefte der „Sammlung Göschen" eine gute Einführung in die Bedeutung der wichtigsten, uns alle bewegenden Frage.

Verhandlungen des Vereins für Sozialpolitik in Regensburg 1919: **Die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen dem Deutschen Reich und Deutsch-Österreich. — Probleme der Sozialisierung.** — 159. Band der Schriften des Vereins für Sozialpolitik. Verlag von Duncker & Humblot, München und Leipzig 1920. Preis 14 *M* und 10 Prozent.

Es sind zwei besonders „aktuelle", nicht den Verstand allein angehende, sondern auch unser Empfinden nahe berührende Fragen, denen der vorliegende Band gewidmet ist, und es ist erfreulich, wie namentlich bei der Erörterung der ersten Frage neben dem strengen wissenschaftlichen und politischen Ernste, der den wirtschaftlichen Problemen gebührte, die davon unlösliche Herzensangelegenheit des Anschlusses Deutsch-Österreichs an das Deutsche Reich ihr Recht behauptete. Über die wirtschaftlichen Beziehungen dieser beiden Gebiete liegen lehrreiche, aufklärende Berichte von Ministerialdirektor a. D. Lusensky und von Dr. Gustav Stolper (Herausgeber des „Österreichischen Volkswirt") vor, und die Aussprache darüber drängte über den unmittelbaren Gegenstand hinaus auch zur Erörterung der Frage des politischen Anschlusses. Ein Zweifel darüber kam nicht auf; und über die staatsrechtliche Form befragt, konnte der Berichterstatter Lusensky unter dem Beifall der Versammlung seine Auffassung und seine Hoffnung dahin kundgeben, daß Deutsch-Österreich ein Bundesstaat des Deutschen Reiches werden müsse, mit denselben Rechten und Pflichten, wie sie jedem Bundesstaat obliegen. — Über die „Probleme der Sozialisierung" liegen Berichte vor von Professor Dr. Emil Lederer, Dr. Theodor Vogelstein, Professor Dr. Franz Eulenburg und Dr. Leopold v. Wiese. Sie bieten, wie die Aussprache über diesen Gegenstand, eine Fülle von Belehrung und Anregungen, auf die hier einzugehen wir uns versagen müssen. Es ist im Grunde ein ganzes Bündel von wirtschaftlichen und politischen Fragen höchst verwickelter Art. Das tritt besonders klar zutage in dem Gutachten von Eulenburg, das auch als besondere Abhandlung unter dem Titel „Arten und Stufen der Sozialisierung" (in demselben Verlage; 48 Seiten, Preis 3,50 *M*) erschienen ist.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Beschäftigungs- und Versicherungsort von Bauarbeitern.

1. **Nach A. O. 1.** Antwort: Eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 22. 11. 19, die wir nächstens ausführlich veröffentlichen werden, besagt, daß Arbeiter, die bei Bauarbeiten von erheblichem Umfang oder längerer Dauer außerhalb des Betriebssitzes des ausführenden Baugeschäfts beschäftigt werden, bei der für den Arbeitsort zuständigen Ortskrankenkasse zu versichern sind. Das Reichsversicherungsamt verkennt dabei nicht die Mißstände, die sich aus dieser Rechtslage für die Beteiligten ergeben, namentlich für Firmen, die gleichzeitig an mehreren Orten Arbeiten ausführen lassen und einen festen Arbeiterstamm je nach Bedarf bald hier, bald dort beschäftigen. Das rechtfertige aber nicht, von dem zweifelsfrei erkennbaren Willen des Gesetzgebers abzuweichen. — Die von Ihnen erwähnte Bekanntmachung des Reichskanzlers ist durch die Vorschriften der RVO. in §§ 153 ff. überholt. Entscheidend ist für Fälle der fraglichen Art § 153 Abs. 1. Wenn, wie Sie angeben, das Oberversicherungsamt Leipzig entschieden hat, daß der Ort der Bauausführung als Versicherungsort zu gelten habe, „sobald ein Bau an einem Ort voraussichtlich über acht Wochen dauert", so ist das wohl nur als eine der Regel nach zutreffende Norm für die Annahme eines Baues von „längerer Dauer" im Sinne der Entscheidung des Reichsversicherungsamts gedacht — eine Norm, die Ausnahmen mit Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse des einzelnen Falles nicht ausschließt (§ 153 Abs. 2 bis 4, §§ 154, 155 RVO.).

Gebühren eines Facharztes für Behandlung eines Kassenmitgliedes.

2. **Nach Sulingen.** Antwort: Der Facharzt dem der Versicherte vom Kassenarzte mit Genehmigung der Kassenverwaltung überwiesen worden war, konnte, da er in keinem Vertragsverhältnis zur Kasse stand, die Behandlung des Kranken für Rechnung der Kasse ablehnen und die zu zahlende Vergütung mit dem Kranken frei vereinbaren; die Taxsätze, insbesondere die Mindestsätze der gesetzlichen Taxe gelten nur für den Fall, daß eine Vereinbarung über die Höhe der Vergütung nicht getroffen wird. War im vorliegenden Fall eine solche Vereinbarung getroffen, so geht sie die Kasse nichts an. Der Arzt kann sich nur an den Versicherten halten und dieser kann von der Kasse in keinem Falle mehr erstattet verlangen, als die Kasse unmittelbar dem Arzte zu zahlen gehabt hätte, also nur die Mindestsätze der Taxe (Entsch. des RVA. vom 26. 11. 19, Nr. 2560 Amtl. Nachr. 1920 S. 172). War aber zwischen dem Arzt und dem Versicherten nichts vereinbart worden, so durfte der Arzt nur die Mindestsätze der Taxe berechnen, da er ja wußte, daß der ihm überwiesene Kranke einer Kasse angehörte und daß die Bezahlung aus Mitteln der Kasse erfolgen sollte. Der Beschluß des Ärztevereins, wonach Mitglieder von Krankenkassen, die keinen Vertrag mit dem Ärzteverein geschlossen haben, als Privatpatienten behandelt werden sollen, kann an dieser Rechtslage nichts ändern. Hat der Versicherte sich gleichwohl nachträglich durch den Arzt bestimmen lassen, ihm eine höhere als die taxmäßige Vergütung zu zahlen, weil er meinte, daß die Kasse den vollen Betrag erstatten müsse, so hat er sich eben geirrt; die Kasse braucht auch in diesem Falle nicht mehr zu erstatten, als sie unmittelbar dem Arzte zu zahlen gehabt hätte, also die Mindestsätze.

a) Grenze der Erstattungspflicht nach § 197 Abs. 2 RVO. (§ 3 Ges. v. 26. 9. 19). b) Familienwochenhilfe für Ausländer.

3. **Nach Cleve.** Antwort: a) Nach § 197 Abs. 2 ist der Erstattungsanspruch nur bis zu dem Betrage begründet, welcher der Wöchnerin gegen die erstattungspflichtige Kasse zugestanden hätte, wenn diese leistungspflichtig gewesen wäre. Sie wäre aber nur leistungspflichtig gewesen, wenn die Niederkunft noch während der Mitgliedschaft bei ihr stattgefunden hätte. Aus dieser Erwägung haben wir hergeleitet, daß für die Begrenzung der Erstattungspflicht nur der Grundlohn maßgebend sein kann, der für das Mitglied beim Ausscheiden aus der Kasse galt (ArbVers. 1920 Heft 8 S. 159 Ziff. 5, Heft 11 S. 219 Ziff. 1); und aus der gleichen Erwägung rechtfertigt sich auch die Annahme, daß die Grenze der Erstattungspflicht nach dem Gesetze und der Satzung zu bestimmen ist, welche beim Ausscheiden aus der erstattungspflichtigen Kasse galten. War also die pflichtversicherte Wöchnerin vor der Geltung des Gesetzes vom 26. 9. 19 aus Ihrer Kasse ausgeschieden, so kann der nach § 197 Abs. 2 RVO. zu erstattende Höchstbetrag nicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes, sondern nur nach den geringeren Sätzen berechnet werden, die der Wöchnerin zugestanden hätten, wenn die Niederkunft unter der Geltung des früheren Rechts und der auf Grund desselben erlassenen Satzung stattgefunden hätte.

b) Soweit Ausländer überhaupt Anspruch auf Leistungen nach dem Gesetze, insbesondere auf Familienhilfe haben (zu vgl. ArbVers. 1919 S. 718 Ziff. 2 und 3 d, auch 1920 S. 16 Ziff. 3), besteht der Anspruch in gleicher Höhe wie für Inländer. Die Kasse kann die Auszahlung der vom Reich zu tragenden Hälfte nicht verweigern. Das ergibt sich aus § 205 d RVO., wonach diese Hälfte vom Reich „erstattet" wird, also von der Kasse zunächst vorzuschießen ist.

Einwirkung der Grundlohnerhöhung auf Bemessung des Sterbegeldes aus § 202 RVO. und auf Ansprüche Erwerbsloser aus § 214 RVO.?

4. **Nach Cöln.** Antwort: Die Vorschrift des § 211 RVO., daß Änderungen des Grundlohns keinen Einfluß haben, bezieht sich auf schwebende Unterstützungsansprüche aus Versicherungsfällen, die vor

der Änderung des Grundlohns eingetreten sind (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1917 S. 585). Der Tod eines Mitgliedes ist nun allerdings immer ein besonderer Versicherungsfall für sich, und der Anspruch auf Sterbegeld ist ein selbständiger, einmaliger Anspruch der nach § 203 RVO. Berechtigten, so daß für die Bemessung des Sterbegeldes der Regel nach der zur Zeit des Todes geltende Grundlohn maßgebend ist. Im Falle des § 202 aber ist vorausgesetzt, daß der Verstorbene nicht mehr Mitglied war (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1 zu § 202). Für ihn galt also zur Zeit seines Todes überhaupt kein Grundlohn, und es kann daher für die Bemessung des Sterbegeldes in diesem Falle nur der Grundlohn maßgebend sein, der für ihn zur Zeit seines Ausscheidens aus der Kasse galt. Die inzwischen eingetretene Änderung der Grundlöhne hat keinen Einfluß. — Entsprechend ist zu urteilen, wenn ein erwerbslos aus der Kasse Ausgeschiedener bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 214 RVO. in der Dreiwochenfrist stirbt. Auch in diesem Falle kann für das Sterbegeld, wie für andere Barleistungen, nur der Grundlohn maßgebend sein, der beim Ausscheiden aus der Kasse galt.

Kein Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen den Militärfiskus.

5. **Nach Laggenbeck.** Antwort: Es gibt keine gesetzliche Vorschrift, aus der sich ein Ersatzanspruch der Krankenkasse wegen ihrer pflichtmäßigen Leistungen an einen Kriegsbeschädigten herleiten ließe; insbesondere trifft § 1542 RVO. nicht zu. Zu vgl. Erlaß des bayer. Kriegsministeriums vom 9. 12. 16, ArbVers. 1917 S. 180.

Umfang der Leistungspflicht der Gemeinde, wenn sie die Weiterversicherung eines Erwerbslosen versäumt.

6. **Nach Offenbach a. M.** Antwort: Ihre Anfrage beruht auf irrigen Voraussetzungen. Die Gemeinde ist nach näherer Vorschrift des § 12a Abs. 1 der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge (letzte Fassung vom 26. 1. 20 RGBl. S. 98) zur Weiterversicherung Erwerbsloser verpflichtet. Abs. 2 bestimmt: „Versäumt es die Gemeinde und verliert dadurch der Erwerbslose den Anspruch auf Krankenhilfe, so hat die Gemeinde ihrerseits dem Erwerbslosen die gleiche oder eine gleichwertige Krankenhilfe zu gewähren." Es ist willkürlich und durch nichts gerechtfertigt, den Ausdruck „Krankenhilfe" hier anders als im Sinne der RVO. (§§ 182 bis 194) zu verstehen. Leistungen anderer Art, insbesondere also auch Wochenhilfe und Familienwochenhilfe, hat die Gemeinde nicht zu gewähren. (Ebenso: Lehfeldt, Erwerbslosenfürsorge, S. 42 Anm. 11 zu § 12a.) Ein weiterer Irrtum aber ist Ihre Annahme, daß die Gemeinde auf Grund des § 12a Abs. 2 dem von ihr nicht weiterversicherten Erwerbslosen auch die Leistungen aus § 214 RVO. zu gewähren habe. Die Leistungspflicht der Gemeinde besteht nur soweit, als der Erwerbslose durch die Säumnis der Gemeinde den Anspruch auf Krankenhilfe verliert. Der Anspruch aus § 214 RVO. ist aber unabhängig von der Weiterversicherung. Dem erwerbslos aus der Kasse Ausscheidenden „verbleibt" der Anspruch auf die Regelleistungen unter den im § 214 bestimmten Voraussetzungen auf Grund seiner bisherigen Versicherung. Er verliert ihn also nicht dadurch, daß die Gemeinde seine Weiterversicherung versäumt. Danach kann auch von einem Ersatzanspruch der Kasse wegen ihrer Leistungen aus § 214 gegen die Gemeinde in keinem Falle die Rede sein, selbst wenn es sich um Leistungen der Krankenhilfe und nicht, wie im vorliegenden Falle, um Familienwochenhilfe handelte.

Bedeutung der „Zahltage" für das Erlöschen der freiwilligen Kassenmitgliedschaft (§ 314 RVO.).

7. **Nach Düsseldorf.** Frage: Ein freiwilliges Kassenmitglied ist von der Mitgliedschaft ausgeschlossen, weil es an zwei aufeinander folgenden Zahlungsterminen die Beiträge nicht gezahlt hat. Die Beiträge werden monatlich nachträglich gezahlt. Die Zahlungstermine der Kasse sind der 1. bis 3. und der 16. bis 18. jeden Monats. Am 20. Januar wollte das Mitglied die Beiträge für Dezember entrichten, die Annahme wurde aber verweigert, weil kein Zahltag sei und auch die Mitgliedschaft erloschen sei. Nach § 314 RVO. erlischt die Mitgliedschaft aber erst, wenn seit dem ersten Zahltage mindestens vier Wochen vergangen sind, und nach den Ausführungen von Hahn dazu, „ohne daß das Mitglied die Zahlung nachgeholt hat". War die Kasse berechtigt, die Beiträge zurückzuweisen und das Mitglied auszuschließen, oder war durch das Anbieten der Beiträge die Frist gewahrt?

Antwort: Wir nehmen letzteres an (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 686 Ziff. 1). Die Bedeutung der festgesetzten Zahltage ist die, daß der Zahlungspflichtige, wenn er sie nicht einhält, in Verzug gerät, nicht aber, daß die Kasse eine an anderen Tagen angebotene (oder z. B. auch durch die Post eingehende!) Zahlung zurückweisen dürfte. Im vorliegenden Falle hat also die Kasse die noch rechtzeitig in der Vierwochenfrist tatsächlich angebotene Zahlung zu Unrecht zurückgewiesen. Die Mitgliedschaft ist daher nicht erloschen.

Begriff der „Beratung" im Sinne der ärztlichen Gebührenordnung.

8. **Nach Barmen.** Antwort: Die preußische Gebührenordnung spricht allerdings (vgl. Ziff. 3 ff.) von der Beratung „eines Kranken". Damit ist aber nur ausgedrückt, daß es sich um Rat in ärztlichen Dingen für den Kranken handeln muß, wenn die Berechnung des Taxsatzes gerechtfertigt sein soll. Nicht erforderlich ist, daß die Beratung mit dem Kranken, also in seiner Anwesenheit stattfinde. Der Arzt kann also die Beratungsgebühr auch fordern für eine Beratung mit dem Ehemann der erkrankten Versicherten, wenn es sich dabei um eine ärztliche Bemühung für die Kranke handelte. Zu vgl. Förster, Anm. 40 zur preuß. GebOrdg.

Kürzung der Unfallrentenbeträge um zuviel erhobene Beträge.

9. **Nach S. S.** Antwort: Nach § 17 Abs. 2 der Ausführungsbestimmungen über die Zahlung der Unfallentschädigung vom 2. November 1912 findet, wenn „auf Grund der früheren Anweisung" zuviel gezahlt worden ist, eine Vermittlung der Post bei der Wiedereinziehung des zuviel erhobenen Betrages nur im Wege der Kürzung der für die Folge zahlbaren Rente statt. In der neuen Zahlungsanweisung sind zu diesem Zwecke die Monate, für die eine Kürzung einzutreten hat, die einzubehaltenden und die weiter zu zahlenden Beträge anzugeben. Der Gedanke, der dieser Bestimmung zugrunde liegt, ist offenbar der, daß die Post

zur Vermittlung irgendwelcher Zahlungen über § 726 RVO. hinaus nicht in Anspruch genommen werden soll. Eine solche unzulässige Inanspruchnahme liegt nicht vor, wenn die Wiedereinziehung eines dem Berechtigten zuviel gezahlten Betrages nicht unmittelbar, sondern dadurch erfolgt, daß ihm eine durch Vermittlung der Post zu zahlende Entschädigung um den übererhobenen Betrag in zulässiger Weise (zu vgl. § 622 RVO.; Handb. der UnfVers. Bd. 1 S. 554) gekürzt wird. Unter diesem Gesichtspunkt darf man annehmen, daß den Worten in § 17 der Ausf. Best. „auf Grund der früheren Anweisung" keine ausschlaggebende Bedeutung zukommt, sondern daß sie nur den Regelfall bezeichnen, ohne die entsprechende Anwendung auf solche Fälle auszuschließen, in denen der Rentenberechtigte sich die Kürzung eines durch die Post anzuweisenden Rentenbetrages um einen Betrag gefallen lassen muß, den er nicht „auf Grund einer früheren Anweisung" durch die Post, sondern z. B. als Vorschuß unmittelbar von der Genossenschaft erhalten hat.

Sind die Angestellten eines Kassenverbandes (§ 406 RVO.) von der Angestelltenversicherungspflicht unter der Voraussetzung des § 9 AngestVersGes. befreit?

10. **Nach G.** Antwort: Nach § 9 VersGes. für Angest. sind unter den dort bestimmten Voraussetzungen auch versicherungsfrei die im Dienst eines Trägers der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung Beschäftigten. Zu diesen Versicherungsträgern gehören allerdings nach § 3 RVO. die „Krankenkassen", nicht aber die nach §§ 406 ff. gebildeten Kassenverbände (zu vgl. § 225 RVO.). Daraus folgt indessen keineswegs die Unanwendbarkeit des § 9 AngestVersGes. auf die Angestellten und Beamten eines solchen Verbandes. Nach § 407 Ziff. 1 RVO. kann der Kassenverband „für die ihm angeschlossenen Kassen" gemeinsam Angestellte und Beamte anstellen. Die so Angestellten besorgen also die Geschäfte der verbundenen Kassen und sind deren Angestellte und Beamte; der Kassenverband handelt bei ihrer Anstellung nur als Vertreter „für die ihm angeschlossenen Kassen". Aber auch wenn es sich um Personen handeln sollte, die nur die Verbandsangelegenheiten im engeren Sinne, wie Verwaltung der Verbandskasse, Einziehung der Verbandsbeiträge usw., besorgen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 407), wäre keine andere Beurteilung gerechtfertigt. Denn auch diese Tätigkeit übt der Verband nur als berufener Vertreter der ihm angeschlossenen Kassen in Wahrnehmung ihrer Interessen aus. Sämtliche Verbandsangestellte sind danach als im Dienste der Krankenkassen beschäftigt anzusehen, wie § 9 AngestVersGes. voraussetzt. Auf dieser Rechtsauffassung beruht offenbar auch die Vorschrift in § 413 Abs. 2 RVO., wonach für die Angestellten des Verbandes die für Kassenangestellten gegebenen §§ 349 bis 361 gelten. — Sollte sich der Regierungspräsident dieser Auffassung verschließen, so würde Dienstaufsichtsbeschwerde bei dem Minister zu erheben sein.

Beitragspflicht der Arbeitgeber für Streiktage.

11. **Nach St.** Frage: Für die Streikwoche haben die Arbeitgeber den Arbeitnehmern die vollen Krankenkassenbeiträge abgezogen, also auch ihren Anteil. War dies zulässig? Das Arbeitsverhältnis war nicht gelöst.

Antwort: Da das Beschäftigungsverhältnis trotz der Einstellung der tatsächlichen Arbeitsleistung fortdauerte, dauerte auch die Pflichtversicherung und folglich auch die Beitragspflicht der Arbeitgeber entsprechend den §§ 381, 393, 394 RVO. fort. Es durften den Versicherungspflichtigen daher nur ⅔ der Beiträge vom Lohn abgezogen werden.

Frist zur Weiterversicherung (§ 313 RVO.) für arbeitsunfähige Unfallverletzte.

12. **Nach Weißenhorn.** Antwort: Ausdrücklich bestimmt § 1501 RVO., daß — vorbehaltlich des Ersatzanspruchs aus der Unfallentschädigung (Abs. 2) — die Leistungspflicht der Krankenkassen dadurch „nicht berührt" wird, daß ein Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung zum Schadenersatz verpflichtet ist. Die Kasse hat daher dem unfallverletzten Mitgliede die satzungsmäßigen Leistungen auch über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus zu gewähren, soweit nicht die Berufsgenossenschaft die Fürsorge tatsächlich übernommen hat. Daraus folgt, daß arbeitsunfähige Unfallverletzte auch über jene 13. Woche hinaus gemäß § 311 RVO. Mitglieder der Krankenkasse bleiben, und daß für sie die Dreiwochenfrist zur Weiterversicherung nach § 313 RVO. nicht schon mit Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall, sondern erst mit dem Wegfall ihres Anspruchs auf Kassenleistungen beginnt (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 5b zu § 313).

Voraussetzung des Anspruchs eines Arztes gegen die Krankenkasse.

13. **Nach Aichach.** Frage: Muß die Kasse für die Kosten aufkommen, die dadurch entstanden, daß ein Betriebsleiter anläßlich eines Unfalls einen Arzt rufen ließ und diesen bei Ankunft wieder abwies, weil ein anderer bereits eingetroffen war? Der in Tätigkeit getretene Arzt ist ebenfalls Kassenarzt.

Antwort: Die Frage ist zu verneinen. An die Krankenkasse kann sich nur derjenige Arzt halten, dessen Tätigkeit der Kasse tatsächlich zustatten gekommen ist. Der abgewiesene Arzt kann eine Vergütung nur von demjenigen fordern, der ihn vergeblich bemüht hat.

Rechtsmittel gegen Strafbeiträge aus § 531 Abs. 2 RVO.

14. **Nach Montabaur.** Antwort: Die Auferlegung eines Mehrfachen der rückständigen Beiträge auf Grund des § 531 Abs. 2 RVO. hat die Bedeutung einer Nebenstrafe im Verhältnis zu der auf Grund des § 530 verhängten Strafe. Gegen diese Strafverfügung der Kasse findet Beschwerde an das Versicherungsamt und weitere Beschwerde an das Oberversicherungsamt statt (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2b zu § 531). Das Beschwerdegericht prüft, ob die Nebenstrafe angemessen festgesetzt ist (ArbVers. 1915 S. 573 Ziff. 5). Einwendungen, die bereits im eigentlichen Strafverfahren (aus § 530) erhoben worden sind oder doch erhoben werden konnten, sind im Verfahren wegen der Nebenstrafe nicht zu berücksichtigen (zu vgl. Entsch. des OberSchGer. für AngestVers. in „Angestelltenversicherung" 1920 S. 14).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1283 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 11. Juni 1920 | Heft 17

Die Heraufsetzung des Grundlohns und die Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung.

Von Städt. Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in Solln bei München.

I.

Im Laufe des letzten Halbjahres zeigte sich in den Kreisen der Versicherten eine lebhafte Unzufriedenheit mit den ihnen aus der Versicherung zufließenden Leistungen. Bald waren es die Klagen darüber, daß das bezogene Krankengeld in stärkstem Mißverhältnis zum tatsächlichen Arbeitsverdienst stehe, bald waren es die Beschlüsse der Kassenorgane auf Erhöhung des Krankengeldes über 50 v. H. des Grundlohns bis zu 75 v. H. desselben, welche darauf hinwiesen, daß die bisherigen Verhältnisse als ungesund empfunden wurden. Vereinzelt tönte auch aus dem Kreis der nicht mehr der Versicherungspflicht unterworfenen bisherigen Angestellten der Wunsch nach erneuter Einbeziehung in die Versicherung, weil die allgemeine Wirtschaftslage den Wert der freien ärztlichen Behandlung in verstärktem Maße schätzen ließ.

Diese Klagen und Wünsche waren nicht unberechtigt. War es doch der sozialen Versicherung nicht gelungen, im Ausgleich ihrer Leistungen mit den wirtschaftlichen Verhältnissen gleichen Schritt mit der immer rascher fortschreitenden Geldentwertung zu halten.

Der Höchstsatz des für die Bemessung des Krankengeldes maßgebenden Grundlohns blieb bis zum Dezember 1917 derselbe, wie ihn die Reichsversicherungsordnung festgelegt hatte. Verhältnismäßig spät erst erfolgte mit Verordnung vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085; ArbVers. 1917 S. 817) eine Erhöhung von 5 M auf 8 M bei Bemessung des Grundlohns nach dem durchschnittlichen Tagesentgelt, von 6 M auf 10 M bei Bemessung nach dem wirklichen Arbeitsverdienst. Die Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst, bis zu der höhere Arbeiter und Angestellte der Versicherungspflicht unterlagen, blieb sogar noch ein volles weiteres Jahr unangetastet auf dem Friedenssatz von 2500 M stehen. Hier mußte erst der Rat der Volksbeauftragten eingreifen, dessen Verordnung vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321; ArbVers. 1918 S. 694) zu einer Erhöhung auf 5000 M führte. Seit dem Erlaß der beiden Bekanntmachungen ist der Geldwert andauernd weiter gesunken, sind die Preise aller Bedarfsgegenstände weiter angewachsen, die Löhne fortwährend gestiegen. Legt man, entsprechend dem Umstand, daß die Entlohnung 1914 noch in Goldmark erfolgte, den für die Bezahlung der Zölle geltenden Maßstab von 1 M Gold = 10 M Papier der Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst zugrunde, so entsprechen 2500 M von damals heute einem Entgelt von 25 000 M, während die Höchstgrenzen des Grundlohns von 5 M bzw. 6 M eine Ent-

wertung auf 50 ₰ bzw. 60 ₰ erfahren haben*).

Es ist klar, daß hier Wandel geschaffen werden mußte. In immer stärkerem Maße wurden die höheren Arbeiter und Angestellten mit den fortschreitenden Lohnerhöhungen der Versicherung entzogen, ohne daß sich ihre wirtschaftlichen Verhältnisse wesentlich verbesserten. Die Proletarisierung des Mittelstandes schritt unaufhaltsam fort. Für die Kreise, welche noch in der Versicherung blieben, verhinderte die Begrenzung des Höchstmaßes des Grundlohns auf 10 ℳ jeden Angleich des Krankengeldes an den wirklichen Arbeitsverdienst. Wo ein übrigens von den finanziellen Verhältnissen der Kasse abhängiger Ausgleich durch Erhöhung des Krankengeldes auf drei Viertel des Grundlohns versucht wurde, blieb auch der so erzielte Betrag noch erheblich unter der Hälfte des wirklichen Tagesentgelts zurück. Es war selbstverständlich, daß die erkrankten Versicherten mit dem ihnen zukommenden Krankengelde nicht mehr die notwendigsten Bedürfnisse für sich und ihre Familie beschaffen konnten und daß ein solcher Zustand auf die Wiederherstellung der Gesundheit höchst nachteilig wirken mußte. Das Bedürfnis nach einer abermaligen erheblichen Erhöhung des Höchstmaßes des Grundlohns, wie nach einer abermaligen und ausgedehnten Erweiterung der Höchstgrenze an versicherungspflichtigem Jahresarbeitsverdienst war unabweisbar und wurde immer dringlicher.

Die Regierung befand sich in einer schwierigen Lage. Sollte das Krankengeld seinen Zweck als teilweiser Ersatz des entfallenden Arbeitsverdienstes erfüllen, so mußte es folgerichtig diesem möglichst angenähert werden. Das bedeutete das Fallenlassen jeglicher Höchstgrenzen. Da nun erfahrungsgemäß ein zu hohes Krankengeld zur leichteren Krankmeldung verleitet, wäre so die unter den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen nach Möglichkeit zu vermeidende Gefahr der Begünstigung unnötiger Arbeitseinstellungen heraufbeschworen worden. Auch durfte nicht vergessen werden, daß mit der Erhöhung der Grundlöhne die Beiträge zur Kasse steigen. Ein heute immerhin nicht seltener Tagesverdienst von 30 ℳ ergibt zwar ein Krankengeld von 15 ℳ, bei Erhöhung auf drei Viertel des Grundlohns sogar von 22,50 ℳ, hat aber bei einem zur Zeit sehr oft zu findenden Beitragssatz von 8 v. H. des Grundlohns eine tägliche Beitragsleistung von 2,40 ℳ, eine jährliche von 748,80 ℳ zur Folge, wovon zwei Drittel, das ist 1,60 ℳ bzw. 499,20 ℳ, den Versicherten treffen. Das mußte bei noch höherem Verdienste zu Beträgen führen, die das Maß der zu erwartenden jährlichen Aufwendungen für Arzt und Apotheke erheblich überstiegen. Rechnete man zu dieser Ausgabe die Beiträge zur Invalidenversicherung, deren wesentliche Erhöhung unmittelbar bevorsteht, die wohl auch nicht gering einzuschätzenden Beiträge zur kommenden Arbeitslosenversicherung, die weite Kreise der krankenversicherungspflichtigen Bevölkerung treffenden Beiträge zur Angestelltenversicherung, die Steuern und die Beiträge zu den Berufsorganisationen, so drohte eine Gesamtbelastung der Arbeiter und Angestellten, welche sie sehr empfindlich berühren mußte und ihnen nur zu leicht die erwünschten Vorteile wieder vergällen konnte. Auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der außerdem noch mit den Beiträgen zur Unfallversicherung belasteten Unternehmer konnte durch eine zu starke Anspannung ihrer Beitragspflicht unter Umständen schwer beeinträchtigt werden. Auf der anderen Seite standen die Interessen der Krankenkassen, deren Wünschen nach vermehrten Beitragseinnahmen zweifellos trotz der damit ver-

*) Anmerkung der Schriftleitung: Wir glauben bemerken zu sollen, daß wir die Zugrundelegung dieses Wertsverhältnisses nicht für berechtigt erachten. Im Inlandsverhältnis wird der Markt für Waren und Dienste keineswegs durchgängig von dem angegebenen Wertunterschiede beherrscht, und außerdem kommt in Betracht, daß wir infolge unserer Verarmung uns daran gewöhnen müssen und zum Teil bereits gewöhnt haben, selbst unseren Notbedarf auf wesentlich weniger als vor dem Kriege zu beschränken, so daß wir bei gleichgebliebenem (Nominal-) Einkommen glücklicherweise nicht die Empfindung einer Einkommensminderung um neun Zehntel haben und die Minderung auch nicht so bewerten dürfen.

bundenen erhöhten Ausgaben mit einer starken Erweiterung der Grundlohngrenzen nur gedient wurde. Der Wunsch, sämtliche höheren Arbeiter und Angestellten, die nur infolge der Geldentwertung aus der Pflichtversicherung ausgeschieden waren, wieder in sie einzubeziehen, bedingte zudem eine solche Erhöhung der Einkommensgrenze, daß ernstliche Konflikte mit der Ärzteschaft zu befürchten standen. Diese, nur zu leicht geneigt, jede Erweiterung der Versicherungsgrenze als eine neue Beschränkung der freien Praxis anzusehen, konnte bei allzu hoch gegriffenen Summen mit Recht diesen Vorwurf erheben. Denn auch bei den jetzigen Teuerungsverhältnissen können Angestellte mit erheblich gegen früher gesteigertem Einkommen unter Umständen sehr wohl als noch imstande erachtet werden, die nötige Arzthilfe und Arzneimittelversorgung aus eigenen Mitteln zu bestreiten.

Schon Ende 1919 waren die Erwägungen über die Erhöhung der Grundlohngrenze und der Grenze für den versicherungspflichtigen Jahresarbeitsverdienst von der Regierung eingeleitet worden. Mit Rücksicht auf die Dringlichkeit der Sache sollte ihre Regelung im Wege einer Notverordnung erfolgen. Es wurde März, als der entsprechende Entwurf dem Ausschuß der Nationalversammlung zuging. Er sah für den Grundlohn eine Höchstgrenze von 15 *M* bzw. 20 *M*, für den versicherungspflichtigen Jahresarbeitsverdienst eine solche von 12 000 *M* vor. Der Ausschuß der Nationalversammlung billigte diese Grenzen aber „aus politischen Gründen" nicht. Er erweiterte die Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst von 12 000 *M* auf 20 000 *M* und beseitigte jede obere Grenze beim Grundlohn. In dieser Form wurde der Entwurf als Bekanntmachung vom 1. April 1920 über Heraufsetzung des Grundlohns und Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung im Reichsgesetzblatt Nr. 65 S. 433 veröffentlicht und ihr Inkrafttreten auf den 26. April 1920 festgesetzt.

Die Wirkung war eine wohl nicht erwartete. Die Ärzteschaft nahm sofort schärfste Stellung gegen die Verordnung und beantwortete den Umstand, daß sie zur ganzen Frage überhaupt nicht gehört war, mit der Kündigung der Kassenverträge auf den 26. April 1920. Streik im Sinne der grundsätzlichen Behandlung der Versicherten als nur Privatpatienten war die Parole. Den Ärzten folgten etwas später auch verschiedene Kreise der Angestellten, die gegen ihre Einbeziehung in die Zwangsversicherung Stellung nahmen. Aber auch die Krankenkassen selbst erschienen auf dem Plan, denen der Wegfall der Höchstgrenzen des Grundlohns schwerwiegende Fragen verwaltungstechnischer Art bot. So herrschte auf der ganzen Linie mehr oder weniger starke Unzufriedenheit. Da die Nationalversammlung die Aufhebung der Verordnung forderte, sah sich die Regierung zu ihrer Zurücknahme veranlaßt. Sie legte den ersten Entwurf ein zweites Mal vor. Der Ausschuß der Nationalversammlung ging aber auch jetzt darüber hinaus und beschloß, den Grundlohn auf 24 *M* bzw. 30 *M*, die Höchstgrenze an versicherungspflichtigem Jahresarbeitsverdienst auf 15 000 *M* festzulegen. Der Reichsrat trat diesen Beschlüssen bei; unter dem 30. April 1920 erschien die Verordnung neuerdings in dem am 3. Mai 1920 ausgegebenen Reichsgesetzblatt (S. 761). Ihr Inkrafttreten ist hinsichtlich der Grundlöhne auf den Tag der Verkündung rückwirkend ab 7. April 1920 (§ 9), hinsichtlich der Höchstgrenze an versicherungspflichtigem Jahresarbeitsverdienst auf 10. Mai 1920 (§ 10) festgesetzt.

War diese Entwicklung, diese Aufregung nötig?

Die „politischen Gründe", aus denen heraus der Ausschuß der Nationalversammlung den ersten Regierungsentwurf so einschneidend änderte, waren sicherlich unter anderem „Volksversicherung" und „Sozialisierung des Ärztestandes". Trotzdem erweckt das Vorgehen der Ärzteschaft den Eindruck einer allzu stürmischen Handlungsweise. Wenn der Vorsitzende des Leipziger Verbandes Dr. Hartmann am 11. März 1920 an den Herrn

Reichsarbeitsminister ein Schreiben richtete, das den Satz enthält: „Die Ärzteschaft ist der Überzeugung, daß auch trotz der veränderten Geldverhältnisse die Erhöhung der Versicherungsgrenze nicht nur nicht nötig, sondern sogar von schwerem Nachteil für das Volkswohl ist", wenn da und dort in Ärztekreisen die Befriedigung über das „Wieder freie Hand haben" nur zu sehr zum Ausdruck kam, taucht unwillkürlich der Gedanke auf, als sollte hier von einer nicht unwillkommenen Gelegenheit der Lösung bestehender Verträge raschester Gebrauch gemacht werden. Denn über die Notwendigkeit einer Erhöhung der versicherungspflichtigen Höchstgrenze kann nach dem bereits Gesagten eigentlich kein Zweifel bestehen. Daß zudem regierungsseitig bei dieser Erhöhung nur eine Wiedereinbeziehung in die Versicherung, nicht ihre Ausdehnung auf bisher nicht erfaßte Bevölkerungsklassen beabsichtigt war, ist ebenfalls klar. Und so gebunden, wie es gewöhnlich die Ärzteschaft darzustellen pflegt, war sie bisher und ist sie auch jetzt keineswegs, daß ihr nicht noch genug freie Hand zur wunschgemäßen Gestaltung ihrer wirtschaftlichen Beziehungen gegenüber den Krankenkassen geblieben wäre. Der vielgenannte § 370 RVO. enthält in seinem Absatz 1 doch auch eine Bestimmung, die in Verbindung mit der von den Ärzten meines Erachtens bei ihrem Vorgehen viel zu wenig beachteten Aufhebung der Höchstgrenze des Grundlohns große Schattenseiten für die Krankenkassen hat. Wenn diese die mangelnde ärztliche Behandlung mit zwei Drittel des Durchschnittsbetrags ihres gesetzlichen Krankengeldes abzufinden haben, können sich jetzt Summen ergeben, die sie vielleicht gern zu einem Entgegenkommen gegenüber den Ärzten veranlassen. So bleibt nur die Frage, ob die gewollte Wiedereinbeziehung der ausgeschiedenen Volkskreise in die Versicherung nicht auch bei einem niederen Jahresarbeitsverdienst zu erreichen wäre. Dem reinen Geldwert nach wäre diese Frage ja wohl zu verneinen. Sie ist aber zu bejahen, wenn man den Standpunkt vertritt, daß nur derjenige in die Versicherung einbezogen werden soll, der sich die ärztliche Hilfe nicht aus Eigenem zu beschaffen vermag. Dies können aber zweifellos viele Angestellte mit einem 12 000 M übersteigenden Einkommen auch heute noch. Dazu kommt, daß die finanzielle Belastung mit Beiträgen bei einem solchen Einkommen doch sehr weit geht. Eine Beitragslast von 1000 M bei fünfprozentigen Beiträgen, von 1600 M bei solchen von 8 v. H., wie sie sich bei einem Einkommen von 20 000 M ergibt, steht doch in keinem Verhältnis zu dem tatsächlichen Bedarf an jährlichem Aufwand für Arzt und Arznei. Hier erdrosselt den guten Gedanken der Versicherung seine eigene Übertreibung, eine Erwägung, die von selbst die Ärzteschaft zu einem zurückhaltenden Vorgehen hätte veranlassen müssen.

Anders liegt die Sache bei der Aufhebung der Höchstgrenze an Grundlohn. Hier muß zweifellos gefordert werden, daß Arbeitsverdienst und Krankengeld einander angeglichen werden. Wer zwangsweise der Versicherung unterworfen wird, hat ein Recht auf auskömmliche Entschädigung. Mag sich daher auch verwaltungstechnisch manche Schwierigkeit für die Krankenkassen ergeben, hier liegt das höhere Interesse beim Versicherten, und muß sich der einzelne ihm unterordnen. Wenn auch gerade keine Aufhebung, so war doch eine erheblich über den ersten Regierungsentwurf hinausgehende Erhöhung der Höchstgrenze unbedingt geboten.

Blickt man heute zurück auf die hier einschlägigen Ereignisse des April 1920, so ist das Bild ein höchst unerquickliches. Die tiefste Schuld für alles liegt aber doch in dem grundlegenden Fehler der Regierung, so einschneidende Fragen auf dem Wege der Notverordnung zu lösen. Vom Dezember 1919 bis zum März 1920 wäre Zeit genug gewesen, auch einen Gesetzentwurf durchzubringen. Dann hätten sich die Meinungen rechtzeitig aussprechen können, und das Ergebnis wäre vielleicht in friedlicherer Weise ein günstigeres geworden als die Verordnungen vom 1. und 30. April 1920.

II.

A. Die Bestimmungen der Verordnung vom 30. April 1920 selbst sind nicht allzu umfangreicher Natur. Von einschneidender Bedeutung ist die völlige Umgestaltung der Grundlohnberechnung. § 180 RVO. kannte bisher zwei Hauptarten der Bemessung, und zwar diejenige nach dem durchschnittlichen Tagesentgelt und diejenige nach dem wirklichen Arbeitsverdienst. Die erstere konnte wieder in doppelter Weise geschehen, und zwar nach Mitgliederklassen und nach Lohnstufen. An dieser Einteilung ist trotz schwerwiegender, vom Interesse an einer weiteren Vereinfachung diktierten Bedenken, festgehalten worden. Dagegen fiel die bisherige unterschiedliche Behandlung hinsichtlich des Höchstbetrags des Grundlohns. Es war auch tatsächlich nicht einzusehen, warum die Mitglieder einer Kasse mit Einteilung nach Mitgliederklassen hinsichtlich der Höhe der ihnen zustehenden Kassenleistungen schlechter gestellt sein sollten als die Mitglieder einer anderen Kasse, deren Satzung den Grundlohn nach Lohnstufen oder nach dem wirklichen Arbeitsverdienst bemißt. Einheitlich wird nun ein Höchstsatz von 24 M. eingeführt, der für alle Kassen gilt. Zu ihm tritt ein Kannsatz von 30 M., dessen Einführung dem freien Ermessen der Kassen auf Grund ihrer eigenen Vermögenslage und der Lohnverhältnisse ihrer Mitglieder überlassen ist. Aber auch den Zwangssatz von 24 M. hat eine Kasse nur dann einzuführen, wenn sie Mitglieder mit entsprechend hohem oder höherem Entgelt umfaßt*).

Wo der Grundlohn nach dem durchschnittlichen Tagesentgelt berechnet wird, bleibt es bei der bisherigen Zustimmung des Oberversicherungsamts. Jedoch bezieht sich diese nicht auch darauf, daß die Kasse über den Höchstsatz von 24 M. hinaus bis zu demjenigen von 30 M. geht. Diese Heraufsetzung bleibt dem freien Ermessen der Kassenorgane ebenso überlassen, wie bei der Festsetzung nach dem wirklichen Arbeitsverdienst.

Die neuen Vorschriften des § 1 gelten in gleicher Weise auch für die knappschaftlichen Krankenkassen; dies ergibt sich aus § 495 RVO., wonach diese Kassen ihren Mitgliedern dieselben Leistungen wie die reichsgesetzlichen Krankenkassen zu gewähren haben; für die Leistungen ist aber der Grundlohn maßgebend.

Die Erhöhung des Grundlohns bringt automatisch eine Erhöhung der nach dem Grundlohn bemessenen Ersatzleistung, z. B. bei der Erstattung der Kosten für Krankenpflege und für Pflege oder Unterhalt in Krankenhäusern oder ähnlichen Anstalten (vgl. §§ 222, 1503, 1513 RVO.), mit sich. Die Preise hierfür sind zweifellos sehr gestiegen, so daß insoweit eine Erhöhung der Pauschbeträge gerechtfertigt ist. Immerhin dürften sie sich aber nicht in gleicher Steigerung bewegen wie die Preise für die Gegenstände des täglichen Bedarfs. Daher sieht § 2 der Verordnung vor, daß der Reichsarbeitsminister durch Festsetzung eines Höchstsatzes des maßgebenden Grundlohnbetrags bis herab zu dem bisher geltenden Satz von 10 M. die Erstattungspflicht angemessen beschränken kann.

Die Unzulänglichkeit der jetzt möglichen Höchstbeträge des Krankengeldes macht es dringend erforderlich, daß die Heraufsetzung des Grundlohns sobald als möglich wirksam wird. Wo die Satzung den wirklichen Arbeitsverdienst als Grundlohn nimmt, regelt sich die Sache verhältnismäßig einfach. Dagegen bedarf es einer gewissen Zeit für die Einteilung der Mitglieder nach Klassen und Lohnstufen durch die Satzung, für die hierfür erforderliche Änderung derselben und für die Genehmigung und Zustimmung durch das Oberversicherungsamt. Es erschien daher geboten, für eine vorläufige einfache und ohne Zeitverlust zu bewerkstelligende Rege-

*) Anmerkung der Schriftleitung: Gegen diese Auffassung hat Hahn (ArbVers. 1918 S. 243, 244) geltend gemacht, daß in diesen Verhältnissen der Kasse von heut zu morgen durch Zugang höher gelohnter Versicherter eine Änderung eintreten kann, für die durch die Satzung vorgesorgt werden muß. Ebenso von Geldern in Monatsschrift f. Arb. u. Angest. Vers. 1918 Sp. 301 ff.

lung zu sorgen. Dies geschieht, indem § 3 des Gesetzes dem Kassenvorstande das Recht gibt, bis zur ordnungsmäßigen Regelung durch die Satzung die erforderlichen oder zulässigen Änderungen in der Höhe der Beiträge und Leistungen selbst festzusetzen. Dabei ist der Vorstand, der in einfacher Stimmenmehrheit beschließt, nicht auf den Muß-Höchstsatz von 24 M. beschränkt, sondern kann bis zu 30 M. gehen. Es wird aber zweckmäßig sein, wenn er dies nur tut, falls er der künftigen Zustimmung des Ausschusses sicher ist. Um diesen Zwischenzustand nicht auf allzu lange Zeit gelten zu lassen, ist vorgeschrieben, daß die endgültige Regelung der Satzung binnen vier Monaten nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, das ist bis zum 7. August 1920, durchgeführt sein muß.

Nach § 318 RVO. haben die Arbeitgeber bei der Anmeldung der Versicherten und bei Lohnänderung binnen drei Tagen der Kasse alle für die Berechnung der Beiträge erforderlichen Angaben zu machen. Lohnerhöhungen, die über die bisherige Höchstgrenze des Grundlohns hinausgingen, waren für die Berechnung der Beiträge belanglos und brauchten daher nicht gemeldet zu werden; ebenso entfällt bei der nunmehrigen Gesetzesänderung die Meldepflicht, da sich nicht die Lohnverhältnisse des einzelnen Versicherten, sondern die Höhe des Grundlohns ändert. Um nun doch die Krankenkassen in die Lage zu setzen, die nötigen Unterlagen zur erforderlichen Neueinteilung der Versicherten zu erhalten, schreibt § 4 des Gesetzes vor, daß für Beschäftigte, die zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse verpflichtet sind, wenn für sie nach den Vorschriften der Verordnung ein höherer Grundlohn als der bisherige höchste Grundlohn ihrer Kasse in Frage kommt, die Arbeitgeber binnen vier Wochen nach dem Inkrafttreten der Verordnung, das ist also bis zum 31. Mai 1920, die zur Berechnung der Beiträge erforderlichen Angaben zu machen haben. Zuwiderhandlungen werden nach §§ 530, 531 RVO. bestraft. Für Betriebskrankenkassen erübrigte sich die Vorschrift der Anmeldung aus naheliegenden Gründen von selbst.

B. Bei der Erweiterung der versicherungspflichtigen Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst schließt sich die Verordnung im wesentlichen an die Bestimmungen an, welche seinerzeit die Bekanntmachung vom 22. November 1918 traf. So gibt § 6 denjenigen Personen, welche seit dem 2. Dezember 1918 wegen Überschreitens der Einkommensgrenze von 5000 M. aus der Versicherung ausgeschieden sind und ihr jetzt nicht wieder unterworfen werden, das Recht, binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten der Verordnung, das ist bis zum 21. Juni 1920, freiwillig wieder der Versicherung beizutreten, wenn sie im Zeitpunkte ihres Ausscheidens zur Weiterversicherung berechtigt waren. Die Kasse kann sie beim Wiedereintritt ärztlich untersuchen lassen, darf ihnen jedoch, wenn eine Erkrankung festgestellt wird, den Beitritt nicht verweigern; sie hat lediglich das Recht, für diese Krankheit Kassenleistungen abzulehnen. Im Gegensatz hierzu begründet sich für die neuerdings in die Versicherung zwangsweise einbezogenen Personen, falls sie am Tage des Inkrafttretens der Verordnung bereits erkrankt waren, ein Anspruch auf Kassenleistungen (vgl. Rev. Entsch. des RVA. 1933 vom 16. November 1914 in Amtl. Nachr. 1914 S. 813).

In § 7 der Verordnung wird ferner denjenigen Personen, die an sich nach dem 2. Dezember 1918 wegen Überschreitens der Gehaltsgrenze von 5000 M. aus der Kasse hätten ausscheiden müssen, trotzdem aber noch weiter wie versicherungspflichtige Mitglieder behandelt worden sind, Unanfechtbarkeit dieser Mitgliedschaft gewährleistet.

Die neu in die Versicherung einbezogenen Personen sind bis spätestens 18. Mai 1920 anzumelden gewesen (§ 8), jedoch war es zulässig, die Anmeldung auch schon vor diesem Tage zu erstatten. Ihnen steht, soweit sie Ersatzkassenmitglieder sind, das Recht zu, bei der Krankenkasse nach Maßgabe der

§§ 517 ff. RVO. Antrag auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten zu stellen.

Wie schon bei der Bekanntmachung vom 22. November 1918, so hat auch durch die neue Verordnung die Höchstgrenze für die Versicherungsberechtigung nach § 176 Abs. 1 RVO. keine Erweiterung erfahren. Sie bleibt auf 2500 M. an Gesamteinkommen weiterhin festgesetzt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Beschäftigungs- und Versicherungsart für Bauarbeiter eines Baugeschäftes.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 22. November 1919 (2567 Amtl. Nachr. 1920 S. 180).

In sachlicher Beziehung ist davon auszugehen, daß nach dem Willen des Gesetzgebers, wie er im § 234 RVO. unzweideutigen Ausdruck gefunden hat, für die Zuständigkeit der Krankenkassen regelmäßig der Beschäftigungsort maßgebend ist. Beschäftigungsort ist aber nach § 153 Abs. 1 der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet. Vorliegend ist also die Allgemeine Ortskrankenkasse des Kreises Z., in deren Bezirk die Bahnstrecke zwischen den Haltestellen S. und M. gelegen ist, zuständig, sofern nicht einer der Ausnahmefälle zutrifft, in denen nach § 153 Abs. 2 bis 4, §§ 154, 155 an Stelle des tatsächlichen ein fingierter Beschäftigungsort tritt. Das ist jedoch zu verneinen. Die Absätze 2 bis 4 des § 153 treffen schon deshalb nicht zu, weil sie sämtlich voraussetzen, daß eine von dem augenblicklichen tatsächlichen Beschäftigungsorte verschiedene feste Arbeitsstätte (Betrieb-, Dienststätte) vorhanden ist, an der die Arbeiter sonst tätig sind (Abs. 2) oder von der aus (Abs. 3) oder außerhalb deren (Abs. 4) sie beschäftigt werden. Denn zunächst steht überhaupt nicht fest, ob die Firma D. an ihrem Betriebsitz eine feste Arbeitsstätte hat; sollte es der Fall sein, so würde es sich vermutlich nur um einen Platz zur Lagerung von Gerätschaften, Bearbeitung von Brettern oder zu ähnlichen Zwecken handeln. Keineswegs würde es aber die Arbeitstätte sein, von der aus die zwischen S. und M. tätigen Arbeiter beschäftigt wurden. Denn auch soweit sie nicht nur für diese Arbeit in der Umgebung der Baustelle angenommen waren, sondern zu dem regelmäßigen Arbeiterstamme der Firma gehörten, würden sie auf der etwaigen Arbeitstätte in T. entweder gar nicht oder nur in geringem Maße beschäftigt gewesen sein. Für alle Hoch- und Tiefbaubetriebe tritt naturgemäß der Lagerplatz oder die feste sonstige Arbeitstätte am Betriebsitze der Firma in den Hintergrund gegenüber den Plätzen, auf denen sich ihre Bautätigkeit jeweils abspielt. Hier entsteht, wenn es sich nicht um Bauarbeiten von untergeordneter Bedeutung handelt, eine eigene „Arbeitstätte" der ausführenden Firma im Sinne des § 153 a. a. O., die dann mit dem Arbeitsorte (zu vgl. § 153 Abs. 4 a. a. O.) der Arbeiter zusammenfällt, so daß für deren Kassenzugehörigkeit ihr tatsächlicher Beschäftigungsort maßgebend ist. Daß dies auch der Wille des Gesetzgebers gewesen sei, geht aus der Begründung zur Reichsversicherungsordnung zweifelsfrei hervor, wo es auf S. 76 heißt: „Nehmen die Arbeiten am fremden Orte einen solchen Umfang und eine solche Dauer an, wie beispielsweise bei einer Monate hindurch währenden Bauausführung, so kann für die Personen, welche die Arbeit auszuführen haben, nicht mehr von einer nur vorübergehenden Beschäftigung gesprochen werden . . . Bei der Dauer ihrer Beschäftigung an einer auswärtigen Arbeitstätte solcher Art gewinnen sie zu deren Ort ohnehin so viele Berührungspunkte, daß ihnen ohne Unbilligkeit und ohne allzu große Unbequemlichkeit für sie selbst und ihre Arbeitgeber wohl auch zugemutet werden darf, als Mitglieder bei der dort örtlich zuständigen Krankenkasse einzutreten." Der Entwurf hat demgemäß im § 165 den Ausdruck „feste Arbeitstätte" im beabsichtigten Gegensatze zu dem Sitze des Betriebs gewählt, sofern dieser sich an einem anderen Orte befindet. Somit hat der Gesetzgeber in bewußter Abweichung von der herrschenden Rechtsübung unter der Geltung des Krankenversicherungsgesetzes bei örtlicher Verschiedenheit von Betriebssitz und tatsächlichem Arbeitsorte dem letzteren maßgebende Bedeutung für die Kassenzugehörigkeit der Arbeiter beigelegt, und zwar sollte das, wie das gewählte Beispiel zeigt, gerade auch für Baubetriebe gelten. Freilich wird die Annahme der Begründung, daß die Arbeiter bei längerer Dauer der Beschäftigung zu deren Ort in nähere Beziehung zu treten pflegen, für großstädtische Verhältnisse nicht allgemein zutreffen, da viele Arbeiter abends nach ihrer gewöhnlichen Wohnstätte zurückkehren. Indessen kann dieser Umstand bei der klar zu Tage tretenden Absicht des Gesetzgebers nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein. Da vorliegend nicht nur eine mehrere Monate, sondern Jahre hindurch währende Bauausführung in Frage steht, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß an ihrem Orte eine „feste Arbeitstätte" im

Sinne des § 153 entstanden ist, die mit dem tatsächlichen Arbeits- bzw. Beschäftigungsorte der Arbeiter zusammenfällt. Ob dort ein besonderes Baubüro bestanden hat und welches Maß von Selbständigkeit der örtlichen Bauleitung eingeräumt worden ist, ist demgegenüber unerheblich. Die Arbeiter waren also während ihrer Tätigkeit in M. nicht außerhalb der festen Arbeitstätte beschäftigt; das ist aber die gemeinsame Voraussetzung der Anwendbarkeit der Absätze 2 und 4 des § 153. Ebenso greift § 154, wonach für Beschäftigungsverhältnisse ohne feste Betriebstätte als Beschäftigungsort der Sitz des Betriebes gilt, hier Platz, da, mag die Firma D. in T. eine feste Betriebstätte haben oder nicht, sie jedenfalls für die Arbeiten am Verschiebebahnhof M. dort eine feste Arbeitstätte besitzt, ein Beschäftigungsverhältnis ohne feste Betriebstätte also nicht vorliegt. Es geht auch nicht an, das Vorliegen einer festen Betrieb- oder Arbeitstätte deshalb zu verneinen, weil sie für einzelne in Frage kommende Arbeiter keine solche ist. Die Vorschrift des § 154 bezieht sich nach der Begründung auf Fälle, in denen wegen der kurzen Dauer und des geringen Umfanges der verschiedenen Einzeltätigkeiten überhaupt keine feste Arbeitstätte angenommen werden kann. Da die Einzeltätigkeiten einerseits von den Arbeitern, anderseits für den Unternehmer verrichtet werden, so setzt die Vorschrift voraus, daß sowohl der Arbeiter keinen bestimmten dauernden Arbeitsort als auch der Unternehmer keine feste Betriebstätte hat (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1 zu § 154). Endlich treffen auch die Voraussetzungen des § 155 a. a. O. nicht zu, da die Firma D. keine „Betriebsverwaltung" ist. Zudem geht aus der Entstehungsgeschichte der Vorschrift hervor, daß hierbei lediglich an Arbeiter gedacht ist, die unter stetem Wechsel der Arbeitsstelle dauernd in verschiedenen Gemeindebezirken beschäftigt werden, wie dies z. B. in der Wege- und Wasserbauverwaltung häufig vorkommt (zu vgl. Hanow, Kommentar Anm. 1 zu § 155). Es muß also, da die Ausnahmevorschriften in § 153 Abs. 2 bis 4, §§ 154, 155 sämtlich versagen, bei der allgemeinen Regel des § 153 Abs. 1 verbleiben. Hieraus ergibt sich die Zuständigkeit der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises Z. als der Ortskrankenkasse des Beschäftigungsorts. Das Reichsversicherungsamt verkennt nicht, daß diese Regelung für die Beteiligten Mißstände im Gefolge hat. Insbesondere erwächst den Firmen, die gleichzeitig an mehreren Orten Bauarbeiten ausführen und einen festen Arbeiterstamm je nach Bedarf bald hier bald dort beschäftigen, durch die fortgesetzte An- und Abmeldung bei verschiedenen Kassen eine erhebliche Arbeitslast. Ebenso werden auch unter Umständen die Arbeiter empfindlich betroffen, denen die an eine längere Kassenzugehörigkeit geknüpften Vergünstigungen entgehen und die, wenn sie ihren gewöhnlichen Wohnort beibehalten haben, sich in Krankheitsfällen an eine entfernte Kasse wenden müssen, zu der sie sonst keine Beziehungen haben. Endlich bringt dieses Ergebnis auch für die Krankenkassen der Großstädte, in denen die Baufirmen ihren Betriebsitz haben, eine vermehrte Arbeitslast, ein fortwährendes Schwanken des Mitgliederbestandes und die Gefahr mit sich, daß ihnen durch die Errichtung von Betriebskrankenkassen seitens der großen Baufirmen ein beträchtlicher Teil ihres früheren Mitgliederbestandes verloren geht. Auf der anderen Seite darf nicht übersehen werden, daß, wenn der Betriebsitz der Firma allein für maßgebend erklärt werden würde — wie es durch die obenerwähnte Eingabe an den Bundesrat erstrebt wird —, die am Orte der Bauausführung angenommenen Arbeiter aus ihrer örtlichen Kasse herausgenommen und vorübergehend einer großstädtischen Kasse zugewiesen würden, mit der sie sonst in keiner Verbindung stehen. Den Bedürfnissen des Lebens würde daher am ehesten eine Regelung gerecht, die den festen Arbeiterstamm der Baufirma allgemein oder jedenfalls bei Bauten in nicht zu großer Entfernung vom Betriebsitze bei der für den letzteren zuständigen Kasse beließe, die lediglich für bestimmte Bauten angenommenen Arbeiter dagegen der Kasse des Beschäftigungsortes zuwiese. Hieraus würden die aus dem steten Wechsel der Kassenzugehörigkeit entstehenden Mißstände für Arbeitnehmer und Kassen in der Hauptsache beseitigt und auch die Arbeitslast der Arbeitgeber auf ein erträgliches Maß herabgesetzt. Im Wege einer auch möglichst weitherzigen Gesetzesauslegung kann aber bei dem Wortlaut des Gesetzes und dem zweifelsfrei erkennbaren Willen des Gesetzgebers eine derartige Regelung nicht getroffen werden.

Haftung für die Versicherungsbeiträge, wenn Eisenbahnbauten durch eine Baufirma ausgeführt werden.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Merseburg** vom 30. Dezember 1919 (188/19 K.).

Die Firma K. — Unternehmung für Hoch-, Tief- und Eisenbahnbau — hat in den Jahren 1915 und 1916 im Auftrage der Eisenbahndirektion verschiedene Eisenbahnbauten bei den Stationen Halle, Leipzig, Wolfen, Muldenstein und Jüterbog ausgeführt, geriet aber in Zahlungsschwierigkeiten und hat die Krankenversicherungsbeiträge für die bei den Bauten beschäftigten Arbeiter und Angestellten für die Monate September, Oktober, November, Dezember 1915 und Januar 1916 nicht bezahlt. Im Vollstreckungsverfahren blieb die Ortskrankenkasse mit einem Teil ihrer Beitragsforderung unbefriedigt. Für diesen Ausfall macht sie die Eisenbahndirektion haftbar; sie habe die Bauleitung selbst ausgeübt und den größten Teil der benötigten Materialien aus eigenen Beständen geliefert und sei deshalb Arbeitgeberin gewesen. Der Firma K. sei nur die Aufgabe verblieben, die erforderlichen Arbeiter anzuwerben, sie zu beaufsichtigen und zu löhnen.

Das Versicherungsamt hat dem Antrag der Allg. Ortskrankenkasse, die Eisenbahndirektion als Arbeitgeberin und Bauherrin anzusehen und zur Bezah-

lung der rückständigen 355,05 ℳ zu verurteilen, zurückgewiesen. Auch die Beschwerde der Kasse wurde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Beschwerdeführerin begründet ihren Anspruch gegen die Eisenbahndirektion damit, daß diese und nicht die Firma K. als Bauunternehmer anzusehen sei und außerdem in ihrer Eigenschaft als Bauherr wie ein Bürge für die Verbindlichkeit des zahlungsunfähigen Unternehmers der Kasse gegenüber hafte. Sie macht geltend, ohne neue Tatsachen vorzubringen, daß die von ihr behauptete Unternehmereigenschaft der Eisenbahnverwaltung durch die Beweisaufnahme in keiner Weise widerlegt worden sei. Unternehmer ist, für wessen Rechnung der Betrieb geht, das ist derjenige, dem das wirtschaftliche Ergebnis des Betriebes, der Wert oder Unwert der im Betriebe verrichteten Arbeiten zum Vorteil oder Nachteil gereicht (vgl. Hoffmann, Anm. zu § 165 S. 106; Hahn, Anm. zu § 165 S. 164). Auf Grund der vorgenommenen Beweisaufnahme ist im Urteil der ersten Instanz, auf dessen Inhalt Bezug genommen wird, aber festgestellt worden, daß alle diese Merkmale bei der Firma K. auch nach Eintritt der Zahlungsschwierigkeiten im April 1915 zutreffen. Die Behauptung der Beschwerdeschrift haben diese Feststellung nicht zu widerlegen vermocht. Aus den Verträgen, die zwischen der Eisenbahnverwaltung und der Firma K. abgeschlossen wurden, ergibt sich unzweideutig, daß die Firma K. als selbständiger Unternehmer der Eisenbahnverwaltung gegenüber anzusehen war. Die Beschränkung der Geschäftsleitung durch die Eisenbahnverwaltung ging nicht so weit, daß dadurch der Firma die wirtschaftliche Selbständigkeit genommen wurde. Sie bestand vielmehr nur in einer Oberaufsicht und Oberleitung seitens der Eisenbahnbehörde, wie sie bei allen Bauten, die für die Behörden ausgeführt werden, insbesondere bei der Eisenbahn mit Rücksicht auf die Verkehrssicherheit üblich sind. Dazu gehörten die Vorschriften über Beginn, Fortführung und Vollendung der Arbeiten, über Güte der Arbeiten und Lieferungen, über Auswahl der Arbeiter usw. Die Anstellung und Löhnung der Arbeiter dagegen erfolgten allein durch die Firma K. (§§ 10, 11 der allgemeinen Vertragsbedingungen für die Ausführung von Staatsbauten.) Ein Unternehmergewinn war, wie aus der Aussage des Zeugen R. hervorgeht, in den von der Firma K. eingereichten Kostenanschlägen mit kalkuliert und vorhanden. Die von der Eisenbahnverwaltung an die Firma K. gezahlten Beträge waren nicht Vorschüsse in Höhe der fälligen Lohnzahlungen, sondern lediglich Abschlagszahlungen nach §§ 22 Abs. 1 und 13 Abs. 5 der allgemeinen Vertragsbedingungen. Die Nachzahlungen seitens der Eisenbahnverwaltung sind, wie aus dem zwischen ihr und der Firma K. geschlossenen Vergleich zweifellos hervorgeht, nicht nur zum Ausgleich der Lohnaufwendungen, sondern in erster Linie von dem Gesichtspunkt der Billigkeit als Entschädigung für die im allgemeinen durch den Krieg hervorgerufenen Erschwernisse bei Ausführung der Arbeiten erfolgt.

Ebenso ist aber auch die Haftung der Eisenbahnverwaltung abzulehnen, insoweit ihre Eigenschaft als Bauherr in Frage kommt. Die Beschwerdeführerin beruft sich auf mehrere Entscheidungen aus dem Gebiete der Kranken- und Unfallversicherung, nach denen die beteiligten Bauherren für die Zahlung rückständiger Kassenbeiträge zahlungsunfähiger Unternehmer für haftbar erklärt werden (Entsch. des Versicherungsamts Kiel vom 30. März 1915, ArbVers. 1915 S. 590; Entsch. des Oberversicherungsamts Berlin vom 31. Oktober 1916, ArbVers. 1917 S. 107; Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 11. Februar 1918, Amtl. Nachr. 1918 S. 272). Diese Entscheidungen treffen aber sämtlich auf den vorliegenden Fall nicht zu. In der ersten Entscheidung handelt es sich um zwei Arbeiter, an die ein Bauverein die Löhne unmittelbar ausgezahlt hatte, nachdem der Unternehmer zahlungsunfähig geworden und ihm tatsächlich durch das Eingreifen des Bauvereins die Leitung des Baues aus der Hand genommen war. Ausdrücklich wird hier betont, daß die Tatsache, daß der Unternehmer mit unzulänglichen Mitteln angefangen und gearbeitet habe, nicht genüge, um den betr. Bauverein zum Arbeitgeber zu machen. In der zweiten Entscheidung hat die Beschwerdegegnerin, eine Baufirma, von einem bestimmten Zeitpunkt an für ein bei demselben Bau beteiligten Fuhrgeschäft, dessen Inhaberin mittellos war, die Löhne direkt an die Arbeiter dieser Firma bezahlt und ist von diesem Zeitpunkt an als beitragspflichtig bezeichnet worden. Wenn auch die Firma K. seit April 1915 bereits sich in Zahlungsschwierigkeiten befand, so blieb sie doch bis zur Einstellung der Arbeiten im Januar 1916 selbständiger Unternehmer, und sie wäre auch durch die Abschlagszahlungen seitens der Bahn sehr wohl in der Lage gewesen, die im Verhältnis zum Gesamtobjekt geringen Beträge an die Kasse abzuführen. Die dritte Entscheidung betrifft einen Fall, der dem Unfallversicherungsrecht angehört. Wenn auch die Anwendung von Entscheidungen aus dem Gebiete der Unfallversicherung auf gleiche Fälle der Krankenversicherung wegen der einheitlichen Regelung der sozialen Versicherung in der Reichsversicherungsordnung nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen ist, so ist doch der Beschwerdeführerin darin nicht beizupflichten, daß diese Übertragbarkeit ganz allgemein gegeben ist. Aber auch wenn man diese im vorliegenden Falle als möglich annehmen wollte, spricht die angeführte Entscheidung nicht für die Auffassung der Beschwerdeführerin. Denn sie befaßt sich lediglich mit der Auslegung des § 819 RVO. und besagt nur, daß die Haftung des Bauherrn schon bei Aufenthalt des Unternehmers im Auslande eintritt, auch ohne daß dessen Zahlungsunfähigkeit feststeht, die sonst die Voraussetzung für die Haftung des Bau-

herrn bildet. Aber von der Zahlungsunfähigkeit der Firma K. hinsichtlich der Kassenbeiträge konnte bis zum Januar 1916, wie oben dargelegt, nicht gesprochen werden.

Da sonach eine Haftung der Eisenbahnverwaltung weder als Unternehmer noch als Bauherr gegeben ist, mußte die Beschwerde als unbegründet zurückgewiesen werden.

B. Zur Krankenversicherung.

Zuständigkeit der Versicherungsbehörden bei Streit über Rückgewähr von Leistungen der Krankenversicherung.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (Großen Senats) vom 20. Dezember 1919 (2559 Amtl. Nachr. 1920 S. 169).

Die Frage, ob für Ansprüche auf Rückzahlung zu Unrecht empfangenen Krankengeldes die Zuständigkeit der Instanzen der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung oder der ordentlichen Gerichte gegeben ist, ist eine grundsätzliche Rechtsfrage im Sinne des § 1717 RVO. und, da der verweisende Spruchsenat des Landesversicherungsamts bei ihrer Beantwortung von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen wollte, so ist die Verweisung gemäß § 1718 RVO. zu Recht erfolgt. In der den Grund der Verweisung bildenden Rechtsfrage ist das Reichsversicherungsamt in Abweichung von seiner bisherigen Rechtsübung der Auffassung des Sächsischen Landesversicherungsamts beigetreten und hat daher die Instanzen der Reichsversicherungsordnung für zuständig erachtet. Folgende Erwägungen waren hierfür maßgebend:

In der Entsch. 2112 (Amtl. Nachr. 1915 S. 764) hat das Reichsversicherungsamt grundsätzlich ausgesprochen, daß eine Krankenkasse von dem Versicherten eine zu Unrecht gezahlte Unterstützung nur durch Klage im ordentlichen Rechtsweg zurückverlangen könne. In der Begründung wird folgendes ausgeführt: „Zu Unrecht gezahlte Unterstützungen würden in dem Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung nur dann zurückgefordert werden können, wenn dieses Verfahren dafür ausdrücklich vorgeschrieben wäre. Das ist jedoch nicht der Fall. Denn es handelt sich zunächst um keine Ansprüche im Sinne des § 1551 Abs. 1 RVO. Hierunter fallen nur Ansprüche der Berechtigten gegen Kassen und andere Träger der Fürsorge. Aber auch § 1551 Abs. 2 bis 4 RVO. trifft nicht zu, da Rückzahlungen zu Unrecht gewährter Kassenleistungen nicht zu den dort bezeichneten Leistungen gehören, die als Leistungen der Krankenversicherung gelten. Endlich ist auch die Vorschrift des § 224 RVO. nicht anwendbar, denn diese betrifft, wie der Wortlaut ergibt, nur Ansprüche, die Kassen gegeneinander oder in den Fällen des im § 224 Nr. 1 erwähnten § 222 Arbeitgeber gegen Kassen erheben. Hiernach bleibt mangels einer besonderen Regelung nach der Reichsversicherungsordnung (zu vgl. § 13 des Gerichtsverfassungsgesetzes in der Fassung vom 20. Mai 1898) für die Verfolgung von Ansprüchen, wie der vorliegende, soweit sie nicht etwa im Wege der Aufrechnung geltend gemacht werden, nur die Klage im ordentlichen Rechtsweg übrig." Diese Ausführungen, denen bereits im Schrifttum (zu vgl. Hahn, Arbeiter-Versorgung 1916 S. 97 ff.) wie in der Rechtsprechung (zu vgl. Urteil des preuß. Gerichtshofs zur Entsch. der Kompetenzkonflikte vom 10. Februar 1917, Arbeiter-Versorgung 1917 S. 417) widersprochen worden ist, sind auch nach Auffassung des erkennenden Senats nur zum Teil zutreffend und in ihrer Gesamtheit nicht ausreichend, um den angeführten Grundsatz zu tragen. Unzweifelhaft ist ihnen insoweit beizutreten, als Rückforderungsansprüche der hier vorliegenden Art in § 1551 Abs. 2 bis 4 RVO. nicht erwähnt werden und als eine entsprechende Anwendung des auf ganz andersartige Ansprüche bezüglichen § 224 Nr. 2, wie sie auch vorliegend in der Revisionsschrift für zulässig erachtet wird, ausgeschlossen erscheint. Dagegen kann aus § 1551 Abs. 1: „Anträge auf Leistungen der Krankenversicherung sind bei der Krankenkasse .... zu stellen" trotz des Wortes „Anträge" nicht gefolgert werden, daß nur Ansprüche der Berechtigten gegen Kassen und andere Träger der Fürsorge im Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung verfolgbar sind. § 1551 Abs. 1 steht vielmehr in Zusammenhang mit § 1545 Abs. 1 Nr. 2, wonach im Gegensatze zur Unfallversicherung die Leistungen aus der Krankenversicherung nicht von Amts wegen, sondern auf Antrag festzustellen sind. Diese Regelung machte es erforderlich, die Stelle zu bezeichnen, bei der dieser Antrag anzubringen ist. Lediglich das ist der Zweck des § 1551 Abs. 1. Einer ausdrücklichen Vorschrift, durch welche die Zuständigkeit der Kasse zur Entgegennahme der Anträge begründet wurde, bedurfte es schon deshalb, weil nach § 1613 der Reichsversicherungsordnung Anträge auf Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht an die Landesversicherungsanstalten, sondern an die Versicherungsämter zu richten sind. Für Rückforderungsansprüche der Kassen wegen zu Unrecht erfolgter Leistungen bedurfte es dagegen einer solchen Vorschrift nicht, da sie selbstverständlich gegenüber den Empfängern der Leistungen geltend zu machen sind. Die Unzuständigkeit der Instanzen der reichsgesetzlichen Arbeiter-

versicherung zur Entscheidung über Rückforderungsansprüche kann daher aus § 1551 Abs. 1 um so weniger gefolgert werden, als die Zuständigkeit der Spruchbehörden im Streitverfahren der Krankenversicherung sich gar nicht nach dieser Vorschrift, sondern nach § 1636 bestimmt, welcher lautet: „Bei Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung entscheidet auf Antrag in erster Instanz, vorbehaltlich des (hier nicht in Betracht kommenden) § 1661, das Versicherungsamt (Spruchausschuß)." Auch aus dem Wortlaut dieser Vorschrift kann ein bestimmter Schluß weder nach der einen noch nach der anderen Richtung gezogen werden. Rein sprachlich erscheint es allerdings möglich, einen „Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung" nicht nur dann anzunehmen, wenn der Versicherte von dem Versicherungsträger eine Leistung begehrt, sondern auch dann, wenn der Versicherungsträger eine erbrachte Leistung unter der Behauptung zurückfordert, daß er zu ihr nicht verpflichtet gewesen sei. Denn trotz der Umkehrung der Parteirollen betrifft der Streit die Verpflichtung zu einer Leistung der Kasse auf Grund der Reichsversicherungsordnung. Entsprechend hat auch der preuß. Gerichtshof zur Entsch. der Kompetenzkonflikte in der obenerwähnten Entsch. vom 10. Februar 1917 den § 1540 RVO., nach welchem Streit über Ersatzansprüche aus den §§ 1528, 1531 bis 1537 im Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung entschieden wird, dahin ausgelegt, daß darunter auch Streitigkeiten über Rückerstattung solcher irrtümlich und ohne Rechtsgrund bewirkten Leistungen gehören, sofern hierbei die Leistungspflicht selbst in Zweifel gezogen wird. Indessen ist demgegenüber zu beachten, daß § 1636 in dem Abschnitt A des das Verfahren regelnden Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung „Feststellung der Leistungen", und zwar in dem zweiten Unterabschnitt „Feststellung in Spruchverfahren" steht, also in erster Linie offenbar an den Fall gedacht ist, daß über einen Antrag des Versicherten auf Kassenleistungen zu entscheiden ist. Ferner kommt in Betracht, daß in den, ebenso wie § 1636 das Verfahren vor dem Versicherungsamte regelnden §§ 1662 und 1669 von dem „Antragsteller" in der Bedeutung des „Versicherten" die Rede ist. Dem Gesetzgeber hat also bei der Abfassung der §§ 1636 ff. offenbar nur der Regelfall vorgeschwebt, daß ein Versicherter als Kläger auftritt, und es kann daher aus der Fassung des § 1636 die Zuständigkeit der Spruchinstanzen auch für Rückforderungsansprüche nicht gefolgert werden. Ebensowenig kann aber aus dem letzterwähnten Umstand geschlossen werden, daß der Gesetzgeber die Rückforderungsansprüche von der Zuständigkeit der Instanzen der Reichsversicherung ausschließen wollte. Zusammenfassend sei vielmehr zu sagen, daß der Wortlaut des § 1636 zwar der Zuständigkeit dieser Behörden nicht entgegensteht, sie aber auch nicht zweifelsfrei begründet.

Indessen folgt die Zuständigkeit, wenn auch nicht unmittelbar aus dem Wortlaut, so doch mittelbar aus dem Inhalt des § 1636. Hierdurch sind sämtliche Ansprüche auf Leistungen der Krankenversicherung in erster und folgeweise auch in höherer Instanz den Spruchbehörden der Reichsversicherung zugewiesen worden. Durch diese Regelung hat der Gesetzgeber seinen Willen dargetan, mit der Beurteilung dieser eigenartigen und häufig schwierigen Rechtsfragen ausschließlich Sondergerichte zu betrauen, denen infolge der Beschränkung des Aufgabenkreises auf ihrem Gebiet eine besondere Sachkenntnis zu Gebote steht. Genau um die gleichen Fragen handelt es sich aber, wenn eine bereits erbrachte Leistung aus der Krankenversicherung von der Kasse mit der Begründung zurückgefordert wird, daß eine Pflicht zur Leistung nach der Reichsversicherungsordnung nicht bestanden habe. Lediglich die Parteirollen sind in solchem Falle vertauscht. Durch diesen äußeren Umstand kann aber nach Auffassung des erkennenden Senats die durch die Natur der streitigen Rechtsverhältnisse begründete Zuständigkeit der Spruchbehörden der Reichsversicherung nicht geändert werden. Ebensowenig ist in dieser Beziehung von Bedeutung, daß die Rückforderungsklage sich äußerlich als eine Bereicherungsklage, als ein vermögensrechtlicher Anspruch kennzeichnet. Durch diesen Umstand wird vielmehr der Anspruch keineswegs zu einem nach § 13 des Gerichtsverfassungsgesetzes vor die ordentlichen Gerichte gehörenden Anspruch aus dem bürgerlichen Recht. Vermögensrechtliche Ansprüche zeigen sich wie auf dem Gebiete des bürgerlichen so auch auf dem des öffentlichen Rechts. Maßgebend ist in dieser Beziehung lediglich das dem Anspruch zugrunde liegende Rechtsverhältnis, und das gehört vorliegend dem Krankenversicherungsrechte, das ist dem öffentlichen Rechte, an. In dieser Auffassung befindet sich der Senat in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung zahlreicher höchster Gerichtshöfe. So hat der bayer. Gerichtshof für Kompetenzkonflikte in einer Entsch. vom 16. Mai 1888 (Gesetz- und Verordnungsblatt, Beilage II) ausgeführt: „Eigene Leistung ohne Verpflichtungsgrund kann sowohl im Gebiete des öffentlichen Rechts wie des Privatrechts vorkommen. Eine zivilrechtliche Natur wird daher auch dem Anspruch auf Rückvergütung einer ohne Verpflichtung erfolgten Leistung nicht schon durch die Tatsache, daß überhaupt ohne Verpflichtungsgrund geleistet wurde, aufgedrückt, sondern vielmehr erst dadurch, daß durch die Rückforderung die Negation eines dem Zivilrecht angehörigen Erwerbsgrundes zum Ausdruck kommt." Der gleiche Standpunkt wird in einer Entsch. dieses Gerichts vom 5. Juli 1890 (Gesetz- und Verordnungsblatt, Beilage I) vertreten. Ferner hat das Reichsgericht in einem Urteil vom 20. Januar 1890 (Entsch. in Zivils. Bd. 25, S. 302) ausgesprochen, daß für die Klage auf Rückgabe einer aus Irrtum geleisteten Zahlung der Rechtsweg aus-

geschlossen wird, wenn für den Anspruch auf die Zahlung selbst der Rechtsweg wegen der öffentlichrechtlichen Natur des Anspruchs nicht gegeben ist, und zwar, weil dadurch „daß der Anspruch auf Leistung ein publizistischer ist, auch dem Anspruch auf Rückzahlung das publizistische Gepräge aufgedrückt wird." In Anwendung dieses Grundsatzes hat das Reichsgericht auf dem Gebiete der Krankenversicherung in einem Urteil vom 25. Januar 1904 (Entsch. in Zivilf. Bd. 56, S. 346) erkannt, daß nach § 58 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes nicht nur über Leistungsansprüche, sondern auch über Ansprüche auf Rückzahlung von zu Unrecht Geleistetem zunächst von der Aufsichtsbehörde zu entscheiden sei, sofern hierbei die Zahlungsverpflichtung selbst in Streit gezogen werde. Der gleiche Standpunkt ist unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes im Schrifttum wie in der Rechtsprechung der obersten Verwaltungsgerichte überwiegend vertreten worden (zu vgl. die Zusammenstellung in dem Aufsatz von Hahn in der Arbeiterversorgung 1916, S. 98 ff., auch bayerischer Verwaltungsgerichtshof in seiner Sammlung Band XXXI S. 7 ff.). Da der Gesetzgeber, dem dies zweifellos bekannt war, weder in der Begründung zu dem Entwurfe der Reichsversicherungsordnung noch, wie ausgeführt, durch die Fassung des § 1636 der Reichsversicherungsordnung die Absicht einer Änderung in dieser Beziehung zum Ausdruck gebracht hat, so muß angenommen werden, daß bei ihm eine solche Absicht auch nicht bestanden hat. Daß im Gegenteile die von dem erkennenden Senat für maßgebend erachtete Regelung der Zuständigkeit dem Willen des Gesetzgebers entspricht, erhellt aus der Erwägung, daß durch die Einfügung der Krankenversicherung in die Reichsversicherungsordnung die Rechtseinheit auf dem Gebiete der Sozialversicherung nach Möglichkeit gewährt werden sollte. Diese Rechtseinheit würde aber offenbar gefährdet, wenn über den gleichen Anspruch bald die bürgerlichen Gerichte, bald die Instanzen der Arbeiterversicherung zu entscheiden hätten, bloß weil die Parteirollen verschieden verteilt sind.

Vorliegend hat also das Oberversicherungsamt seine Zuständigkeit zur Entscheidung über den Rückforderungsanspruch der Kasse zu Unrecht verneint. Seine Entscheidung war demnach insoweit aufzuheben. Gleichzeitig war die Sache an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen, das die Berechtigung des Rückforderungsanspruchs in sachlicher Beziehung zu prüfen und hierbei auch zu erwägen haben wird, ob und zutreffendenfalls in welchem Umfang von den Hinterbliebenen des Klägers der Einwand des Wegfalls der Bereicherung erhoben werden kann.

„Minderbemittelte" Wöchnerin im Sinne des § 17 Ges. v. 26. 9. 19.

Urteil des Versicherungsamts Hamburg vom 17. März 1920 (2574/19 K.).

Nach § 17 Abs. 2 Ges. vom 26. September 1919 gilt als minderbemittelt eine verheiratete Wöchnerin, wenn ihres Ehemannes und ihr Gesamteinkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung den Betrag von 2500 M nicht überstiegen hat. Es sind also zwei verschiedene Berechnungsweisen vorgesehen in der Weise, daß entweder das Einkommen zu ermitteln ist, welches vom Tage der Entbindung an gerechnet in den zwölf Monaten vor der Entbindung bezogen ist, oder aber dasjenige Einkommen zugrunde zu legen ist, welches in der letztjährigen Steuerperiode vor der Entbindung festgestellt ist. Das Steuerjahr vor der Entbindung war nach den Bestimmungen über die hamburgische Einkommensteuer das Kalenderjahr 1918. In dieser Zeit war der Ehemann der Klägerin noch bis zum 2. Dezember im Heeresdienst, seine Ehefrau bezog Familienunterstützung, sein und der Klägerin Einkommen hat also zweifellos im Jahre 1918 nicht mehr als 2500 M betragen. Wohl aber hat das Einkommen in den zwölf Monaten vor der Entbindung erheblich mehr betragen. Die gesetzliche Bestimmung räumt jedoch nicht der Wöchnerin das Recht ein, die nach Lage des Falles für sie günstigere Berechnungsweise zu wählen, sondern wenn auch nur nach einer der beiden möglichen Berechnungsweisen das Einkommen den Grenzbetrag überstiegen hat, so ist die Wöchnerin nicht als minderbemittelt anzusehen. Wenn also feststeht, daß das tatsächliche Einkommen im Jahre vor der Entbindung 2500 M überstiegen hat, so ist der Anspruch auch dann abzuweisen, wenn dieser Betrag in dem Steuerjahre nicht erreicht worden ist. Umgekehrt müßte auch dann der Anspruch abgewiesen werden, wenn das tatsächliche Einkommen im Jahre vor der Entbindung weniger als 2500 M betragen hat, auf Grund der Berechnung für das vorangegangene Steuerjahr dieser Betrag aber überschritten war. Wenn auch das letztere Ergebnis nicht befriedigt, so ist doch jedenfalls die Zugrundelegung des tatsächlichen Einkommens in den zwölf Monaten vor der Entbindung durchaus berechtigt, da die Bedürftigkeit im Grunde nach den Einkommensverhältnissen und der Vermögenslage im Jahre vor der Entbindung beurteilt werden muß. Wenn der Gesetzgeber die Möglichkeit vorgesehen hat, das Einkommen nach dem Einkommen des letzten Steuerjahres zu berechnen, so ist dies aus praktischen Gründen geschehen, um die Ergebnisse der Steuerveranlagung für die Kasse nutzbar zu machen. Der Anspruch mußte daher abgelehnt werden.

Anmerkung: **Wir würden es als sachgemäß begrüßen, wenn die dem Gesetze hier ge-**

gebene Auslegung gebilligt werden könnte. Wir halten aber diese Möglichkeit nicht für gegeben angesichts der insoweit ganz klaren sprachlichen Fassung des Gesetzes, das allerdings der Wöchnerin ein „Wahlrecht“ nicht einräumt, wohl aber für die von Amts wegen zu treffende Feststellung vorschreibt, daß die Wöchnerin als minderbemittelt anzusehen ist, wenn ihr und ihres Ehemannes Einkommen in dem Jahre „oder“ Steuerjahre einen bestimmten Betrag „nicht übersteigen“ hat. Das heißt doch zweifelsfrei: Sie ist minderbemittelt, wenn die eine oder die andere dieser beiden Voraussetzungen zutrifft. Die vorstehende Entscheidung gibt aber dem Gesetz eine Auslegung, als ob § 17 Abs. 2 Ziff. 1 besagte, daß eine Wöchnerin „nicht als minderbemittelt“ gilt, wenn ihr und ihres Mannes Einkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung zusammen 2500 *M* „übersteigen“ hat. Eine solche Umdeutung des Gesetzes ist unstatthaft.

C. Zur Militärversorgung.

Gesetz über die Versorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen bei Dienstbeschädigung (Reichsversorgungsgesetz).

Vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989).

(Auszug)*).

Die verfassunggebende Deutsche Nationalversammlung hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Anspruch auf Versorgung.

§ 1. — Frühere Angehörige der deutschen Wehrmacht und ihre Hinterbliebenen erhalten wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen einer Dienstbeschädigung auf Antrag Versorgung.

§ 2. — Dienstbeschädigung ist die gesundheitschädigende Einwirkung, die durch militärische Dienstverrichtungen oder durch einen während der Ausübung des Militärdienstes erlittenen Unfall oder durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist.

Zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Dienstbeschädigung genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges.

Arbeiten, zu denen Angehörige der deutschen Wehrmacht in unverschuldeter Kriegsgefangenschaft verwendet werden, und die dieser Kriegsgefangenschaft eigentümlichen Verhältnisse werden dem Militärdienst und den diesem Dienste eigentümlichen Verhältnissen gleichgestellt. Die Angaben des Beschädigten, die sich auf Vorgänge bei der Gefangennahme und in der Kriegsgefangenschaft beziehen, sind der Entscheidung zugrunde zu legen, soweit nicht die Umstände des Falles entgegenstehen.

Eine vom Beschädigten absichtlich herbeigeführte gesundheitsschädigende Einwirkung gilt nicht als Dienstbeschädigung.

§ 3. — Die Versorgung umfaßt:

1. Heilbehandlung, Krankengeld und Hausgeld (§§ 4 bis 20),
2. soziale Fürsorge (§§ 21 bis 23),
3. Rente (§§ 24 bis 30) und Pflegezulage (§ 31),
4. Beamtenschein (§ 33),
5. Sterbegeld und Gebührnisse für das Sterbevierteljahr (§§ 34 und 35),
6. Hinterbliebenenrente (§§ 36 bis 50).

Heilbehandlung, Krankengeld und Hausgeld.

§ 4. — Heilbehandlung wird einem Beschädigten, dessen Anspruch auf Rente anerkannt worden ist, gewährt, um eine durch Dienstbeschädigung verursachte und den Rentenanspruch begründende Gesundheitsstörung oder Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder wesentlich zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder körperliche Beschwerden zu beheben.

Rechtfertigen die Folgen einer anerkannten Dienstbeschädigung den Bezug einer Rente nicht, so ist Heilbehandlung zu gewähren, wenn dadurch eine Verschlimmerung des durch die Dienstbeschädigung verursachten Leidens verhütet wird.

Die Heilbehandlung kann auch vor der Anerkennung des Rentenanspruchs gewährt werden.

Inwieweit Beschädigte, die sich im Ausland aufhalten, Heilbehandlung oder an ihrer Stelle eine Unterstützung erhalten, wird durch Vorschriften geregelt, welche die Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats erläßt.

§ 5. — Die Heilbehandlung umfaßt ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln sowie die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen der Dienstbeschädigung zu erleichtern.

An Stelle der im Abs. 1 vorgesehenen ärztlichen Behandlung, Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln können Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt (Heilanstaltpflege) oder, wenn andere Behandlungsverfahren keinen genügenden Erfolg haben oder in absehbarer Zeit erwarten lassen, Kur und Verpflegung in einem Badeort (Badekur) gewährt werden.

Blinde erhalten einen Führerhund.

§ 6. — Mit Zustimmung des Beschädigten kann ihm Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pflegekräfte (Hauspflege) gewährt werden, wenn die Aufnahme des Beschädigten in eine Heilanstalt geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn ein wichtiger Grund vorliegt, den Beschädigten in seiner Familie zu belassen.

§ 7. — Die Körperersatzstücke, orthopädischen und anderen Hilfsmittel sind in erforderlicher Zahl zu gewähren; sie müssen den persönlichen und beruflichen Bedürfnissen des Beschädigten angepaßt sein.

Der Beschädigte hat Anspruch auf Instandsetzung und Ersatz der Hilfsmittel, wenn ihre Unbrauchbarkeit oder ihr Verlust nicht auf Mißbrauch, auf Vorsatz oder auf grobe Fahrlässigkeit des Beschädigten zurückzuführen ist.

Die Bewilligung der Hilfsmittel kann davon abhängig gemacht werden, daß der Beschädigte sie sich

*) Das ganze, 103 Paragraphen umfassende Gesetz kann hier nicht abgedruckt werden. Es wird auf seinen Inhalt in dieser Zeitschrift noch einzugehen sein. Einstweilen müssen wir uns mit der Mitteilung des vorliegenden Auszugs derjenigen Vorschriften begnügen, welche die Krankenkassen besonders nahe angehen.

anpassen läßt oder sich, um mit ihrem Gebrauche vertraut zu werden, einer angeordneten Ausbildung unterzieht. Der Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels kann abgelehnt werden, wenn es nicht zurückerstattet wird. Bei wertvollen Hilfsmitteln kann ein Eigentumsvorbehalt gemacht werden.

Für die Beschaffung und den Ersatz von Führerhunden gelten diese Vorschriften entsprechend; zum Unterhalte des Hundes werden jährlich in Orten der Ortsklasse A 300 Mark, in Orten der Ortsklassen B und C 240 Mark, in Orten der Ortsklassen D und E 180 Mark gewährt.

§ 8. — Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel sowie die Führerhunde für Blinde werden vom Reiche geliefert.

Badekuren gewährt das Reich.

Im übrigen wird die Heilbehandlung einschließlich der Heilanstaltpflege und der Hauspflege durch die Krankenkassen gewährt. Soweit weder eine Krankenkasse der Reichsversicherung noch eine Knappschaftskrankenkasse oder eine Ersatzkasse nach Gesetz oder Satzung zur Leistung der Heilbehandlung verpflichtet ist, hat die Heilbehandlung des Beschädigten, wenn er Mitglied einer dieser Kassen ist, durch diese, sonst durch die allgemeine Ortskrankenkasse oder, wo eine solche nicht besteht, durch die Landkrankenkasse seines Wohnorts zu erfolgen. Während der Heilbehandlung ist der Beschädigte der Krankenordnung und den Strafbestimmungen der Kasse unterworfen, auch wenn er nicht ihr Mitglied ist.

Die Heilbehandlung wird so lange fortgesetzt, bis durch sie eine Besserung des Gesundheitszustandes oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr zu erwarten ist. Die Begrenzung der Behandlungsdauer durch die Kassensatzungen und gesetzlichen Vorschriften über Krankenversicherung sind bei Heilbehandlungen, die auf Grund dieses Gesetzes zu gewähren sind, unwirksam.

Streitigkeiten werden in dem in der Reichsversicherungsordnung für die Krankenversicherung vorgeschriebenen Spruchverfahren entschieden.

Besondere Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Ärzten zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung, die den Krankenkassen nur nach diesem Gesetz obliegt, bedürfen der Zustimmung des Reichsarbeitsministers. Das gleiche gilt für die entsprechenden Vereinbarungen zur Sicherstellung der Heilanstaltpflege und der Versorgung mit Arznei und kleineren Heilmitteln.

An Stelle der Krankenkassen kann das Reich die Heilbehandlung einschließlich der Heilanstaltpflege und der Hauspflege selbst durchführen.

§ 9. — Die Landesregierungen sind ermächtigt, öffentliche Kranken- und Pflegeanstalten zu verpflichten, einen bestimmten Teil ihrer Betten gegen angemessene Vergütung für die Heilbehandlung und Pflege der Beschädigten zur Verfügung zu stellen. Die Reichsregierung kann mit Zustimmung des Reichsrats einheitliche Grundsätze hierfür aufstellen.

§ 10. — Wird bei einer Krankenkasse die ihr nur nach diesem Gesetz obliegende Heilbehandlung dadurch ernstlich gefährdet, daß die Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten schließen kann, oder daß die Ärzte den Vertrag nicht einhalten, so ermächtigt die Versorgungsbehörde die Kasse auf ihren Antrag widerruflich, statt der Heilbehandlung eine bare Leistung bis zu zwei Dritteln des Durchschnittsbetrags ihres gesetzlichen Krankengeldes zu gewähren.

Die Versorgungsbehörde kann zugleich bestimmen,

1. wie der Zustand des Beschädigten, der die Leistungen erhalten soll, anders als durch ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen werden darf,
2. daß die Kasse ihre Leistungen so lange einstellen oder zurückbehalten darf, bis ein ausreichender Nachweis erbracht ist,
3. unter welchen Voraussetzungen die Kasse die Beschädigten, denen sie Heilbehandlung nach diesem Gesetze zu gewähren hat, in ein Krankenhaus verweisen darf.

§ 11. — Zur Gewährung der Heilanstaltpflege bedarf es der Zustimmung des Beschädigten, wenn er einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied des Haushalts seiner Familie ist.

Bei einem Minderjährigen, der das 16. Lebensjahr vollendet hat, genügt seine Zustimmung.

Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn

1. die Art der Beschädigung eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Beschädigten nicht möglich ist,
2. die Krankheit ansteckend ist,
3. der Beschädigte wiederholt der Krankenordnung oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwider gehandelt hat,
4. der Zustand oder das Verhalten des Beschädigten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert.

In den Fällen des Abs. 3 Nr. 1, 2 und 4 soll möglichst Heilanstaltpflege gewährt werden.

§ 12. — Wird die Heilbehandlung weder in einer Heilanstalt noch als Badekur gewährt, so erhält der Beschädigte, wenn keine der im § 8 Abs. 3 genannten Kassen zur Zahlung verpflichtet ist, Krankengeld, soweit dieses nach Gesetz oder Satzung von der zur Leistung der Heilbehandlung verpflichteten Krankenkasse ihm als versicherungspflichtigem Mitglied zu zahlen wäre.

Die Höhe des Krankengeldes ist so zu bemessen, als ob der Beschädigte der Krankenkasse freiwillig beigetreten wäre. Er erhält nur Krankengeld, soweit sein Einkommen durch die Erkrankung gemindert ist. Bezieht der Beschädigte neben dem Krankengeld eine Rente nach diesem Gesetze, so darf das Krankengeld nur in der Höhe gezahlt werden, daß Krankengeld und Rente zusammen den Betrag der Vollrente (§ 29), der Ortszulage (§ 51) und der Teuerungszulage (§ 87) nicht übersteigen.

§ 13. — Während der Heilanstaltpflege eines Beschädigten werden den Angehörigen, deren Ernährer er gewesen ist, zwei Drittel der Vollrente (§ 29) und die nach der Vollrente bemessene Kinderzulage (§ 30) als Hausgeld gewährt. Hausgeld wird nur gewährt, insoweit das Einkommen des Beschädigten durch die Erkrankung gemindert ist.

Auf das Hausgeld sind eine nach diesem Gesetze gewährte Rente sowie ein aus einer Krankenkasse der Reichsversicherung oder aus einer Knappschaftskrankenkasse oder Ersatzkasse gewährtes Hausgeld oder Krankengeld anzurechnen.

Bei Bedürftigkeit kann dem Beschädigten und seinen Angehörigen eine besondere Unterstützung gewährt werden.

Während einer Badekur können Hausgeld und Unterstützung nach den Vorschriften der Abs. 1 bis 3 gewährt werden.

§ 14. — Sind die Krankenkassen nicht nur nach den Vorschriften dieses Gesetzes verpflichtet, Heilbehandlung und Krankengeld zu gewähren, so wird ihnen für ihre Aufwendungen bis zum 1. April 1923 Ersatz geleistet. An diesem Tage laufende Heilbehandlungsfälle werden von dieser Befristung nicht berührt. Bei Heilanstaltpflege beträgt der Ersatz drei Viertel, bei sonstigen Heilbehandlungen die Hälfte

des satzungsmäßigen Krankengeldes. Daneben wird der Aufwand für kleinere Heilmittel ersetzt.

Der Ersatz wird nur gewährt, wenn der Zusammenhang der Krankheit mit einer Dienstbeschädigung vor dem Beginne der Heilbehandlung anerkannt war; wird dieser Zusammenhang erst während der Heilbehandlung anerkannt, so wird der Ersatz nur für die auf die Anerkennung folgende Zeit geleistet. Tritt eine Dienstbeschädigung erst nach dem 1. April 1920 ein, so wird der Ersatz bis zum Ablauf der auf die Dienstbeschädigung folgenden drei Kalenderjahre gewährt.

§ 15. — Soweit die Krankenkasse nur nach den Vorschriften dieses Gesetzes verpflichtet ist, Heilbehandlung einschließlich Heilanstaltpflege und Hauspflege sowie Krankengeld und Hausgeld zu gewähren, werden ihr die entstandenen Kosten und der entsprechende Anteil an den Verwaltungskosten ersetzt. Die Kosten für die Heilbehandlung und die Verwaltungskosten können in Pauschbeträgen ersetzt werden.

§ 16. — Ersatzansprüche, die auf den Vorschriften des § 15 beruhen, sind von der Krankenkasse spätestens vierzehn Tage nach dem Beginne der Heilbehandlung oder nach der ersten Anweisung des Krankengeldes oder Hausgeldes bei der Versorgungsbehörde vorläufig anzumelden. Werden sie später angemeldet, so kann für die vor der Anmeldung liegende Zeit Ersatz abgelehnt werden.

§ 17. — Streit über Ersatzansprüche zwischen Krankenkassen und Reich wird in dem für die Krankenversicherung vorgesehenen Spruchverfahren entschieden. Die Revision ist hierbei ausgeschlossen. Ist streitig, ob die Krankheit mit einer Gesundheitsstörung zusammenhängt, die als Folge einer Dienstbeschädigung anerkannt ist, so wird hierüber in dem Spruchverfahren vor den Versorgungsgerichten entschieden.

§ 18. — Die Versorgungsbehörden können jederzeit eine neue Heilbehandlung eintreten lassen, wenn zu erwarten ist, daß sie den Gesundheitszustand des Beschädigten bessert.

§ 19. — Hat der Beschädigte eine die Heilbehandlung betreffende Anordnung ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund nicht befolgt und wird dadurch seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt, so kann ihm die Rente auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, wenn er auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist.

Zur Duldung von Operationen, die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, kann der Beschädigte nicht gezwungen werden.

§ 20. — Die durch eine Heilbehandlung verursachten notwendigen Reisekosten einschließlich der Kosten der Verpflegung und Unterkunft sind dem Beschädigten zu ersetzen.

Für die Dauer einer nach § 7 Abs. 3 Satz 1 angeordneten Anpassung oder Ausbildung werden außer den Reisekosten (Abs. 1) freie Unterkunft, Verpflegung und Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst in angemessenem Umfang gewährt.

Fristen.

§ 52. — Der Beschädigte muß den Versorgungsanspruch zur Vermeidung des Ausschlusses innerhalb zweier Jahre nach dem Ausscheiden aus dem Militärdienst anmelden.

§ 53. — Nach Ablauf der Frist kann der Anspruch noch geltend gemacht werden, wenn

1. Folgen einer Dienstbeschädigung erst später in einem die Versorgung begründendem Grade bemerkbar geworden sind,
2. Folgen einer Dienstbeschädigung zwar schon innerhalb der Frist in einem die Versorgung begründendem Grade bemerkbar geworden sind, aber erst nach Ablauf der Frist, wenn auch in allmählicher, gleichmäßiger Entwicklung des Leidens, sich wesentlich verschlimmert haben,
3. der Berechtigte an der Anmeldung durch Verhältnisse verhindert worden ist, die außerhalb seines Willens liegen,
4. der Berechtigte sich während eines unfreiwilligen Aufenthalts im Ausland in einer entschuldbaren Unkenntnis über die Fristvorschrift befunden hat.

Der Anspruch ist in diesen Fällen binnen drei Monaten anzumelden, nachdem die Folgen der Dienstbeschädigung oder die Verschlimmerung bemerkbar geworden sind oder die Voraussetzungen der Nr. 3 und 4 weggefallen sind.

Erlöschen und Ruhen des Rechtes auf Versorgung.

§ 59. — Das Recht auf Versorgung erlischt durch rechtskräftige Verurteilung zu Zuchthausstrafe wegen Hochverrats, Landesverrats, Kriegsverrats oder wegen Verrats militärischer Geheimnisse.

§ 60. — Der Beamtenschein erlischt, sobald der Inhaber aus einer Stelle, die er auf Grund dieses Scheines erhalten hat, mit Ruhegeld ausgeschieden ist.

Er ist verwirkt, wenn gegen den Inhaber rechtskräftig auf eine Strafe erkannt worden ist, welche die dauernde Unfähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter von Rechts wegen zur Folge hat.

§ 61. — Die Versorgung ruht:

1. für die Dauer der Wiederverwendung im aktiven Militärdienste;
2. solange der Versorgungsberechtigte nicht Reichsangehöriger ist; jedoch kann Ausländern oder Staatenlosen, die in der deutschen Wehrmacht Dienst geleistet haben und hierdurch nach diesem Gesetze versorgungsberechtigt geworden sind, und ihren Hinterbliebenen sowie den nicht reichsangehörigen Hinterbliebenen eines Deutschen Versorgung bewilligt werden;
3. solange der Versorgungsberechtigte ohne Genehmigung der zuständigen Stelle seinen Wohnsitz außerhalb des Deutschen Reichs hat;
4. wenn gegen den Versorgungsberechtigten wegen Hochverrats, Landesverrats, Kriegsverrats oder wegen Verrats militärischer Geheimnisse die öffentliche Klage erhoben worden ist, solange der Aufenthalt des Versorgungsberechtigten unbekannt ist. Die einbehaltenen Versorgungsgebührnisse werden ausgezahlt, wenn das Verfahren gegen den Versorgungsberechtigten rechtskräftig eingestellt oder er rechtskräftig außer Verfolgung gesetzt, freigesprochen oder zu geringerer als Zuchthausstrafe verurteilt worden ist;
5. solange der Versorgungsberechtigte eine Freiheitsstrafe von wenigstens drei Monaten verbüßt oder in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt untergebracht ist.

In den Fällen der Nr. 3, 4 und 5 können den Angehörigen, deren Ernährer der Versorgungsberechtigte gewesen ist, bei Bedürftigkeit die Versorgungsgebührnisse ganz oder teilweise überwiesen werden, soweit sie nicht die Hälfte der Vollrente und die nach der Vollrente bemessene Kinderzulage übersteigen.

§ 62. — Das Recht auf Versorgungsgebührnisse mit Ausnahme des Hausgeldes (§ 13) ruht, solange dem Versorgungsberechtigten Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt oder in einem Badeorte gewährt

wird; während der Verpflegung in einer Heilanstalt ruht auch die Pflegezulage.

§ 66. — Tritt das Erlöschen oder Ruhen des Rechtes auf Versorgungsgebührnisse nach den §§ 59 bis 65 im Laufe eines Monats ein, so wird die Zahlung mit dem Ende des Monats eingestellt, tritt es am ersten Tage eines Monats ein, so hört die Zahlung mit dem Beginne des Monats auf.

Lebt das Recht auf Versorgungsgebührnisse nach den §§ 61 bis 65 wieder auf, so hebt die Zahlung mit dem Beginne des Monats an.

Zahlung.

§ 67. — Die Versorgungsgebührnisse werden in Monatsbeträgen zuerkannt und monatlich im voraus gezahlt. Der Jahresbetrag ist nach oben so abzurunden, daß bei Teilung durch drei sich volle Markbeträge ergeben.

Hausgeld wird tageweise zuerkannt und mit Ablauf jeder Woche gezahlt. Die Gebührnisse für das Sterbevierteljahr können auf einmal gezahlt werden.

Übertragung, Verpfändung und Pfändung.

§ 68. — Der Anspruch auf Versorgungsgebührnisse kann übertragen, verpfändet und gepfändet werden nur

1. wegen eines Darlehns oder Vorschusses, die dem Versorgungsberechtigten auf seine Ansprüche von einer Hauptfürsorgestelle oder Fürsorgestelle der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge, von Gemeinden und Armenverbänden sowie von solchen gemeinnützigen Einrichtungen gewährt werden, denen von der Landeszentralbehörde die Genehmigung zur Gewährung von Darlehen und Vorschüssen erteilt ist,
2. wegen eines Anspruchs auf Erfüllung einer gesetzlichen Unterhaltspflicht,
3. wegen eines Anspruchs des Reichs auf Rückzahlung zu Unrecht erhobener Versorgungsgebührnisse,
4. wegen eines Anspruchs einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft auf Rückzahlung einer nach gesetzlicher Verpflichtung gewährten Leistung.

Mit Genehmigung der Hauptfürsorgestelle der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge kann der Versorgungsberechtigte auch abgesehen von den Vorschriften des Abs. 1 den Anspruch auf Versorgungsgebührnisse ganz oder zum Teil auf andere übertragen.

§ 69. — In den Fällen des § 68 Nr. 1 und 4 ist die Übertragung, Verpfändung und Pfändung vor der Anweisung der Versorgungsgebührnisse unbegrenzt, nach der Anweisung nur bis zum halben Betrage der angewiesenen Gebührnisse zulässig.

Der Ersatzanspruch der Hauptfürsorgestellen oder Fürsorgestellen der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge geht den gleichen Ansprüchen anderer Berechtigter vor, es sei denn, daß sie vor dem Entstehen ihres Anspruchs den Anspruch eines anderen Berechtigten gekannt haben.

§ 70. — In den Fällen des § 68 Nr. 2 ist die Übertragung, Verpfändung und Pfändung insoweit unzulässig, als der Versorgungsberechtigte der Gebührnisse zur Bestreitung seines Unterhalts oder zur Erfüllung einer ihm sonst gesetzlich obliegenden vorgehenden oder gleichstehenden Unterhaltspflicht bedarf.

§ 71. — In den Fällen des § 68 Nr. 3 ist die Pfändung nur dem Versorgungsberechtigten gegenüber zulässig, an den die Versorgungsgebührnisse zu Unrecht gezahlt worden sind.

Schadensersatz.

§ 86. — Die nach diesem Gesetze versorgungsberechtigten Personen haben aus dem Grunde einer Dienstbeschädigung gegen das Reich nur die auf diesem Gesetze beruhenden Ansprüche.

Soweit ihnen ein gesetzlicher Anspruch auf Ersatz des ihnen durch die Dienstbeschädigung verursachten Schadens gegen Dritte zusteht, geht dieser Anspruch im Umfang der durch dieses Gesetz begründeten Pflicht zur Gewährung von Versorgungsgebührnissen auf das Reich über.

Teuerungszulage.

§ 87. — Zur Anpassung an die Veränderungen der allgemeinen Wirtschaftslage ist eine veränderliche Teuerungszulage zu den nach diesem Gesetze zu zahlenden Gebührnissen mit Ausnahme des Krankengeldes zu gewähren. Die Höhe des Hundertsatzes wird durch den Reichshaushaltsplan bestimmt. Bis zur ersten Festsetzung im Reichshaushaltsplan wird die Teuerungszulage auf 25 vom Hundert der vorgenannten Gebührnisse festgesetzt.

Die Reichsregierung wird ermächtigt, mit Zustimmung des Reichsrats im Falle einer Erhöhung der Teuerungszulage zur Anpassung an die Veränderungen der allgemeinen Wirtschaftslage in dem § 45 Abs. 2 und dem § 63 Nr. 1 die Grenzen des einkommensteuerpflichtigen Jahreseinkommens zu erhöhen.

Ausdehnung des Personenkreises.

§ 88. — Das Gesetz findet entsprechende Anwendung auf

1. Personen, die sich, in der Absicht Militärdienst zu leisten, auf dem Wege zum Bestimmungsort oder unmittelbar nach der Entlassung aus dem Militärdienst auf dem Heimweg befinden,
2. Personen, die zur Feststellung ihrer Kriegsbrauchbarkeit einer militärischen Anordnung folgen,
3. Beamte der Zivilverwaltung, die auf Befehl ihrer Vorgesetzten zur Unterstützung militärischer Maßnahmen verwendet und damit einem militärischen Befehlshaber unterstellt sind,
4. das Personal der freiwilligen Krankenpflege,
5. Personen, die auf Ersuchen eines militärischen Befehlshabers freiwillig Dienst geleistet haben,
6. Personen, die der Wehrmacht durch privatrechtlichen Dienstvertrag zur Dienstleistung verpflichtet sind,
7. Schiffsjungen.

Den unter Nr. 5, 6 und 7 genannten Personen steht der Anspruch nur zu, wenn die Dienstbeschädigung auf die besonderen nur dem Kriege eigentümlichen Verhältnisse zurückzuführen ist, den Schiffsjungen ferner, wenn die Dienstbeschädigung sich auf einem in Dienst gestellten Schiffe ereignet hat.

Übergangs- und Schlußvorschriften.

§ 92. — Dieses Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. April 1920 in Kraft.

Es findet auch auf die Personen Anwendung, deren Versorgungsanspruch sich auf eine nach dem 31. Juli 1914 und vor dem 1. April 1920 beendete Dienstleistung gründet.

Soweit sich Versorgungsansprüche auf eine vor dem 1. August 1914 beendete Dienstleistung gründen, bleiben die bisher geltenden Vorschriften in Kraft.

Treffen Ansprüche, die sich auf Gesundheits-

störungen, wenn auch nicht auf Dienstbeschädigungen gründen, nach den Vorschriften der Abs. 2 und 3 bei einer Person zusammen, so gilt nur dieses Gesetz.

§ 101. — Der Lauf der in den §§ 32, 49, 52 und 54 bezeichneten Fristen beginnt frühestens mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes.

§ 102. — Nachzahlungen für einen vor dem 1. April 1920 liegenden Zeitraum finden nicht statt.

Sprechsaal.

Erhebung der Kassenbeiträge für 53 Wochen in einem Jahr.

Von Herrn Oskar Kuhn, Verwalter der Allgem. Ortskrankenkasse (Land) in Landsberg a. Lech erhalten wir folgende Zuschrift:

„Die im Heft 14 der ArbVers. 1920 S. 277 Ziff. 2 b enthaltene Anfrage bezüglich der Erhebung der Beiträge widerspricht sich selbst, da im ersten Teile gesagt wird, daß die Kasse jedes Jahr einen Tag einbüße, während im zweiten Teile davon die Rede ist, daß die vier Tage vom 28. Dezember auf das neue Jahr übernommen werden. Allerdings nicht im Jahre 1920, sondern erst im Jahre 1921 muß bei diesem Einhebemodus der Beitrag im Dezember für eine Woche mehr, also sechs Wochen eingehoben werden. Bei unserer Kasse werden die Beiträge ebenfalls im ersten und zweiten Monat des Vierteljahres für vier, im letzten Monat des Quartals für fünf Wochen berechnet. Nun hat das Jahr tatsächlich 52 Wochen und einen Tag (im Schaltjahr zwei Tage). Wir haben nun unsere Beiträge wie folgt eingebracht:

1914	vom	1.	I. 14	bis	2.	I. 15	je 52 Wochen
1915	vom	3.	I. 15	bis	1.	I. 16	
1916	vom	2.	I. 16	bis	30.	XII. 16	
1917	vom	31.	XII. 16	bis	29.	XII. 17	
1918	vom	30.	XII. 17	bis	28.	XII. 18	
1919	vom	29.	XII. 18	bis	27.	XII. 19	

1920 werden die Beiträge vom 28. XII. 19 bis 1. I. 21 = 53 Wochen eingehoben. Es kann demnach niemals bei wöchentlicher Berechnung ein Tag eingebüßt werden, da der überschüssige Tag eben in das neue Jahr herübergenommen werden muß, so daß sich im Jahre 1921 eine volle weitere Woche ergeben wird. Wir rechnen schon in diesem Jahre mit dieser Woche und fangen deshalb die Berechnung vom Jahre 1921 mit dem 2. Januar usw. an. Es wäre doch grundfalsch, wenn z. B. im Jahre 1914, das mit einem Donnerstag abschloß, auch die Beitragseinhebung mit diesem Tage abgeschlossen und Freitag und Samstag einfach nicht berücksichtigt worden wären. Infolgedessen dürfte auch die Antwort auf diese Frage in ihrem ersten Teile hinfällig sein. Wenn die Einhebung richtig nach Wochen erfolgt ist, so besteht ohne weiteres die Tatsache, daß jeweils nach Ablauf von sechs bzw. sieben Jahren der letzte Monat des vierten Vierteljahrs sechs Wochen hat. Er beginnt im Jahre 1920 mit dem 21. November und endet mit dem 1. Januar, da die ersten vier Wochen des Jahres 1920 in die Zeit vom 28. Dezember 1919 bis zum 24. Januar 1920 fallen."

Bei der hier dargelegten Handhabung der Beitragserhebung erledigt sich allerdings unser Bedenken, daß durch das Verfahren einzelne Arbeitgeber und Versicherte benachteiligt werden könnten.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge ist unter dem 5. Mai 1920 erneut abgeändert worden. Die Höchstsätze der Unterstützung, seit einem Jahr nahezu stabil, sind fast durchweg erhöht. Bei männlichen Erwerbslosen über 21 Jahre wird ein Unterschied gemacht, ob sie im eigenen Haushalt leben oder nicht; dieser Unterschied bestand bisher schon bei weiblichen Unterstützten. Der Höchstsatz in der Ortsklasse A, zu der die meisten großen Städte gehören, beträgt für Männer mit eigenem Haushalt täglich 8 *M*, für Männer im fremden Haushalt täglich 7 *M* (bisher 6 *M*), für männliche Erwerbslose unter 21 Jahren 5 *M* (bisher 4,25 *M*), für weibliche Erwerbslose mit eigenem Haushalt 6 *M* (bisher 5 *M*). Auch die Familienzuschläge, die im Januar erhöht wurden, sind heraufgesetzt. Sofern die neuen Höchstsätze in einem auffälligen Mißverhältnis zu den Kosten der Lebenshaltung stehen, kann die Unterstützung durch Anordnung der Landeszentralbehörde mit Zustimmung des Reichsarbeitsministers bis zum Ortslohn erhöht werden; dagegen braucht dieser nicht unter allen Umständen die Mindestgrenze zu bilden. Die neuen Sätze treten rückwirkend mit dem 1. Mai d. J. in Kraft. Außerdem soll vom 1. August d. J. ab die Fürsorge grundsätzlich nur für die Dauer von insgesamt 26 Wochen gewährt werden. Ausnahmen bedürfen in besonderen Fällen der Zustimmung der Landeszentralbehörde oder der von ihr bezeichneten Stelle. In Berufen, die einen besonders günstigen Arbeitsmarkt aufweisen, kann die Höchstdauer der Unterstützung auf 13 Wochen beschränkt werden. Die sog. Kurzarbeiterunterstützung bleibt von dieser zeitlichen Beschränkung einstweilen unberührt.

Es sei bemerkt, daß die Zahl der unterstützten Erwerbslosen in einem dauernden erfreulichen Rückgang begriffen ist. Nach den Berichten der Demobilmachungskommissare wurden am 1. 4. 259 675 männliche und 71 441 weibliche Erwerbslose, insgesamt 331 116, sowie 313 196 Angehörige unterstützt. Am 15. 1. 20 betrug die Zahl der männlichen Erwerbslosen 340 773, der weiblichen Erwerbslosen 106 887, die Gesamtzahl 447 660, die Zahl der unterstützten Familienangehörigen 379 071. Auch in den großen Zentren der Erwerbslosigkeit sind die Ziffern im Rückgang. Hamburg hatte am 15. 1. 39 325 Erwerbslose, am 1. 4. 30 125, der Freistaat Sachsen am 15. 1. zusammen 117 033 Erwerbslose, am 1. 4. 76 298, Groß-Berlin am 15. 1. 98 190, am 15. 3. 80 443 Erwerbslose. Verhältnismäßig gering ist der Rückgang in Bayern, wo am 15. 1. 42 845 und am 1. 4. 38 045 Erwerbslose gezählt wurden. In den vorstehenden Zahlen sind die Kurzarbeiter, die aus Mitteln der Erwerbslosenfürsorge unterstützt werden, nicht enthalten; sie spielen insbesondere in den süddeutschen Staaten eine sehr erhebliche Rolle.

Eine „Arbeitsgemeinschaft von Versicherungsträgern Groß-Berlins“

wurde am 30. März 1920 in Berlin begründet (zu vgl. Heft 15 S. 295 nebst Anm. S. 296). Die Arbeitsgemeinschaft zählt die Landesversicherungsanstalt Berlin, die Landesversicherungsanstalt Brandenburg, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und die großen Hauptverbände der Reichsunfallversicherung und der Krankenversicherung in Groß-Berlin, d. h. die Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen für Groß-Berlin und Provinz Brandenburg und den Verband der Krankenkassen Groß-Berlins zu ihren Mitgliedern. Zweck ist die Förderung der den einzelnen Versicherungsträgern gesetzlich obliegenden und von ihnen freiwillig übernommenen Aufgaben, gemeinsames Vorgehen, gegenseitige Verständigung und Unterstützung, Austausch von Erfahrungen und Ausgleich von Interessengegensätzen. Den Vorsitz hat Herr Vizepräsident Wirkl. Geh. Oberregierungsrat Dr. Beckmann, Berlin-Wilmersdorf, übernommen. Die stellvertretenden Vorsitzenden sind die Herren Geh. Kommerzienrat Conrad v. Borsig, Berlin-Tegel, Direktor Albert Kohn, Berlin, und Alban Welker, Berlin. Die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft befindet sich in Berlin N 4, Gartenstr. 16/17, II, wohin alle Zuschriften zu richten sind. Als Syndikus steht ihr Rechtsanwalt Dr. Boywidt, Berlin-Lichterfelde, vor.

Zur Vergütung für die Krankenkassen aus dem Branntweinmonopol.

Im Heft 13 S. 252 haben wir die kritischen Bemerkungen der „Betriebskrankenkasse“ über die Durchführungsbestimmungen wiedergegeben. Sie bezogen sich besonders auch auf die strengen Vorschriften über fristgemäße Einreichung der Nachweisungen durch die Krankenkassen (§§ 6, 7). Der Verband der deutschen Betriebskrankenkassen hat sich, da die Frist vielfach gar nicht eingehalten werden konnte, mit einer Vorstellung an das Reichsarbeitsministerium gewendet, das daraufhin den folgenden Bescheid vom 3. 5. 20 (II 3366) erteilt hat: „Unter den gegebenen Verhältnissen bestehen keine Bedenken gegen eine Überschreitung der Frist, die in § 6 der Bekanntmachung, betr. die Durchführung des § 258 Ziff. 3 des Gesetzes über das Branntweinmonopol vom 26. 7. 18 (RGBl. S. 887), vom 7. 3. 20 (RGBl. S. 312) vorgeschrieben ist. Einigen Kassenhauptverbänden und Kassenvorständen ist auf Anfrage bereits mitgeteilt worden, daß eine verspätete Einsendung der in Rede stehenden Nachweisungen keine Nachteile nach sich ziehen werde. Eine allgemeine Regelung der Angelegenheit halte ich nicht für notwendig.“

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Erstattung der von der Kasse irrtümlich geleisteten Krankenhilfe. — Erkrankung infolge eines vor der Geltung der RVO. erlittenen Betriebsunfalles.

1. **Nach Lüchow.** Frage: a) Wir haben im November 1918 einem weiblichen Mitgliede Krankenhauspflege infolge Verwechselung mit seiner Schwester gewährt, obwohl die Kranke zur Zeit ihrer Erkrankung bereits länger als drei Wochen aus unserer Kasse ausgeschieden war. Das Versehen wurde hier erst bemerkt, als die Mutter für die inzwischen verstorbene Tochter das Sterbegeld abheben wollte. Unsere Bemühungen, die zu Unrecht bezahlten Krankenhauskosten von dem Armenverbande des früheren Dienstortes erstattet zu erhalten, sind an seiner Weigerung gescheitert. Nach Ihrer Auskunft in einer ähnlichen Sache — Nr. 8 S. 119 des Jahrganges 1918 — würden wir einen Erstattungsanspruch an den Armenverband nicht haben. Da die Kranke zur Zeit ihrer Krankheit bereits volljährig war, so würden wir auch einen Erstattungsanspruch an die Eltern der Verstorbenen nicht haben. Wer ist uns ersatzpflichtig für die Kosten, wenn anders der Geschäftsführer unserer Kasse für sein nach Lage des Falles entschuldbares Versehen nicht haftbar gemacht werden soll?

b) Wir haben im März d. Js. für ein Mitglied wegen eines Beingeschwürs für 37 Tage Krankenhauskosten bezahlt mit einem Kostenaufwand von 121 *M*. Nachträglich haben wir festgestellt, daß das der Behandlung zugrunde liegende Leiden auf einen im Jahre 1912 erlittenen landwirtschaftlichen Betriebsunfall zurückzuführen ist. Wir haben vom Sektionsvorstand der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft den Bescheid erhalten, daß nur im ganzen 7/8 des Grundlohnes = 71,18 *M* an uns erstattet werden sollen. Wir sind nun der Meinung, daß wir die gesamten verauslagten Kosten erstattet erhalten müssen, da wir zur Zeit des Unfalles überhaupt noch nicht als Krankenkasse bestanden haben, und die erst am 1. 1. 14 in Kraft getretene Reichsversicherungsordnung auf den vorliegenden Fall gar keine Anwendung finden kann.

Antwort: a) Einen Erstattungsanspruch gegen den Armenverband hat die Kasse in der Tat nicht, wie wir bereits in ArbVers. 1918 S. 118 ausgeführt haben. Ebensowenig etwa gegen die unterhaltspflichtigen Verwandten der Verstorbenen; denn diese sind nach § 1613 BGB. zur Gewährung von Unterhalt für die Vergangenheit nur insoweit verpflichtet, als sie in Verzug geraten, also gemahnt worden sind. Nun könnte freilich die Kranke selbst zur Erstattung verpflichtet gewesen sein, und zwar unbeschränkt dann, wenn sie die Krankenhilfe annahm, obwohl sie wußte, daß die Kasse zur Gewährung nicht verpflichtet war, also irrtümlich leistete. Sie hätte sich dann unter Ausnutzung eines Irrtums einen rechtswidrigen Vorteil verschafft und die Kasse hierdurch geschädigt. Sie würde in diesem Falle der Kasse aus unerlaubter Handlung für den vollen Schaden (§§ 823, 826 BGB.) haften. Diese Schuld würde auf die Erben übergegangen sein; doch könnten diese die Haftung durch geeignete Maßnahmen (gerichtliche Nachlaßverwaltung, Konkurs,

Nachweis unzureichender Nachlaßmasse) auf den Nachlaß beschränken (§§ 1975, 1990 BGB.). Hat die Kranke aber die Krankenhilfe in gutem Glauben entgegengenommen, so haftete sie sowohl, wie die Erben nur insoweit, als noch eine Bereicherung vorhanden ist. Es müßten also sonst notwendige Aufwendungen der Kranken durch die von der Kasse gewährte Unterstützung unnötig geworden und der hierdurch ersparte Betrag noch vorhanden sein (§§ 812, 818,3 BGB.). Demnach würde ein Anspruch an die Erben nicht bestehen, wenn ein nennenswerter Nachlaß nicht vorhanden ist. Irrig ist übrigens die Ansicht, daß Eltern schlechtweg für die Schulden ihrer minderjährigen Kinder aufzukommen hätten, oder daß die Volljährigkeit der Kinder die Unterhaltspflicht der Eltern ausschlösse; diese müssen vielmehr unter Umständen auch volljährige Kinder, sofern diese bedürftig sind, unterstützen.

b) Das Ereignis, das den Umfang der Erstattungspflicht der Berufsgenossenschaft bestimmt, ist der Krankheitsfall im März dieses Jahres. Es sind daher die bezüglichen Vorschriften der RVO. anzuwenden, also §§ 1501 ff. Nun ist freilich für die Erstattungspflicht Voraussetzung, daß die neuerliche Erkrankung Folge eines versicherungspflichtigen Betriebsunfalles ist, und ob das zutrifft, ist allerdings nach dem früheren Recht, Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft, zu entscheiden, sofern unter dessen Geltung der Unfall sich zugetragen hat.

Zwei Drittel des Durchschnittsbetrags des gesetzlichen Krankengeldes als Ersatz für Krankenpflege (§ 370 Abs. 1 RVO.).

2. **Nach Görlitz.** Antwort: Sie irren, wenn Sie meinen, daß nach § 370 RVO. „in der abgeänderten Fassung" das Reichsarbeitsamt bestimmt, wie die Durchschnittsbeträge im Sinne des § 370 Abs. 1 RVO. zu ermitteln sind usw. Die Vrdg. v. 23. 12. 18 (ArbVers. 1919 S. 28), deren § 5 eine solche Bestimmung enthält, hatte, wie sich aus § 1 ergibt, nur eine zeitlich beschränkte Geltung, nämlich für das Jahr 1919. Dasselbe gilt folgeweise für die Ausführungsverordnung des Reichsarbeitsamts v. 23. 1. 19 (ArbVers. 1919 S. 128). Für den neuerdings eingetretenen vertraglosen Zustand zwischen Krankenkassen und Ärzten fehlt es an maßgebenden Bestimmungen. Indessen können die in der letzteren Vrdg. erwähnten „Grundsätze" (abgedruckt in ArbVers. 1913 S. 834) jedenfalls eine Anleitung für die Kasse gewähren, die vom Oberversicherungsamt ermächtigt ist, „bis zu zwei Drittel des Durchschnittsbetrages des gesetzlichen Krankengeldes für jeden Arbeitstag als höchste Barleistung im Sinne des § 370 RVO. zu gewähren". Die Kasse kann danach die in ArbVers. 1919 S. 128 zu a vorgeschlagene Berechnungsart statt der unter b vorgeschlagenen wählen. Aber abgesehen von der größeren Umständlichkeit, wird auch bei dieser Berechnungsart der Höchstsatz von zwei Dritteln sich im allgemeinen und besonders in vielen Einzelfällen unter den gegenwärtigen Verhältnissen als ganz unzulänglich erweisen. Hier kann nur eine gründliche Änderung Ihrer Lohnstufeneinteilung und Grundlohnfestsetzung Abhilfe schaffen. Es sei noch bemerkt, daß die in der Verfügung des Oberversicherungsamts — wie in den „Grundsätzen" — enthaltenen Worte „für jeden Arbeitstag" eine Einschränkung der Geldleistung bedeuten, die sich aus der Fassung des § 370 nicht rechtfertigen läßt und mit dem Zwecke der Vorschrift nicht zu vereinbaren ist. Denn der Geldbetrag soll zwar nach dem Krankengelde bemessen werden, ist aber darum keineswegs als Krankengeld anzusehen, also nicht wie dieses nur für Arbeitstage, sondern als Ersatz für Krankenpflege folgerichtig für jeden Tag zu gewähren, an dem der Versicherte der Krankenpflege bedarf.

Wirkungsbeginn der neuen Grundlohnfestsetzung nach der Vrdg. v. 30. 4. 20.

3. **Nach Deggendorf.** Antwort: In der Entsch. 2562 Amtl. Nachr. 1920 S. 175 hat das RVA. ausgesprochen, daß eine Satzungsänderung mit Zustellung des genehmigenden Beschlusses des Oberversicherungsamts an den Kassenvorstand wirksam wird. Seine amtliche Kenntnis der Änderung also ist das Entscheidende. Nach § 3 Satz 2 der Vrdg. v. 30. 4. 20 setzt bis zur Genehmigung der Satzungsänderung der Kassenvorstand selbst die erforderlichen Grundlohnänderungen vorläufig fest. Demgemäß wird man annehmen müssen, daß diese vorläufige Festsetzung mit der Beschlußfassung wirksam wird, wenn auch die Beteiligten erst später davon Kenntnis erhalten. Daß der Beschluß als Zeitpunkt, von dem ab die neue Festsetzung gelten soll, den 26. 4. 20 bestimmt, ist nach § 9 der Vrdg. zulässig, wonach die §§ 1 bis 4 mit Wirkung v. 1. 4. 20 in Kraft getreten sind. Soweit infolge dieser Rückwirkung die Arbeitgeber jetzt Beitragsteile für frühere Lohnzeiten nachzuzahlen haben, können sie den Versicherten die auf diese entfallenden zwei Drittel ohne Beschränkung vom Lohn abziehen, weil insoweit die Beiträge ohne Verschulden der Arbeitgeber verspätet entrichtet werden (§ 395 Abs. 2 RVO.).

Höchstbetrag für kleinere und Zuschuß für größere Heilmittel.

4. **Nach O.** Antwort: Beide Urteile sind falsch, jedes aus einem anderen Grunde. Das Versicherungsamt nimmt an, daß die satzungsmäßige Festsetzung eines Höchstbetrages für „kleinere Heilmittel" (§ 193 Abs. 1 RVO.) sich nicht auch auf Brillen beziehe. Das ist irrig, wie sich aus § 182 Ziff. 1 RVO. ergibt, der von „Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln" spricht und dadurch klar zum Ausdruck bringt, daß namentlich auch Brillen und Bruchbänder zu den „kleineren" Heilmitteln zählen. Das nimmt auch das Oberversicherungsamt an, aber es meint, daß, wenn der Preis eines solchen Mittels den festgesetzten Höchstbetrag überstiege, die Kasse zur Zahlung dieses Höchstbetrages verpflichtet sei. Die Unrichtigkeit dieser Annahme ergibt sich aus § 193 Abs. 1. Wenn die Satzung gemäß dem ersten Halbsatz dieser Vorschrift einen Höchstbetrag für kleinere Heilmittel festsetzt, so bedeutet das, daß alle Heilmittel, deren Kosten diesen Betrag übersteigen, aus der Reihe der kleineren Heilmittel, welche die Kasse nach § 182 Ziff. 1 zu gewähren hat, ausscheiden. Die Kasse braucht also dann auch nicht einen Zuschuß für dieses Heilmittel zu zahlen, es sei denn, daß die Satzung auch von der weiteren Ermächtigung des zweiten Halbsatzes des § 193 Abs. 1 Gebrauch gemacht hat, zu bestimmen, daß die Kasse bis zur Höhe jenes Höchstsatzes einen Zuschuß für größere Heilmittel gewähren „darf"; und selbst dann hat der Versicherte keinen erzwingbaren Rechtsanspruch auf den Zuschuß (Entsch. des RVA. 1952, ArbVers. 1915 S. 422). Die vom Oberversicherungsamt gebilligte Verurteilung der Kasse zur Zahlung jenes Höchst-

satzes war daher um so mehr ungerechtfertigt, als die Satzung eine dem § 193 Abs. 1 Halbsatz 2 entsprechende Bestimmung nicht enthält. — Wir möchten übrigens nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß die Festsetzung des Höchstbetrages auf 20 ℳ unter den gegenwärtigen Teuerungsverhältnissen dringend der Abänderung bedürftig erscheint.

Ersatzanspruch der Krankenkasse aus § 1542 RVO. wegen gewährter Familienhilfe.

5. **Nach Neustrelitz (Meckl.).** Antwort: Die Auskünfte in Heft 13 S. 254 Ziff. 5 und Heft 14 S. 277 Ziff. 3 rühren von verschiedenen Berichterstattern her. Der Widerspruch zwischen ihnen ist leider übersehen worden. Grundsätzlich wird man vom Standpunkt des RVA., das bei der Familienhilfe nur das Mitglied selbst, nicht dessen zu unterstützende Angehörige, als versichert ansieht, an der Auskunft S. 254 Ziff. 5 festzuhalten haben. Indessen wird doch eine wesentliche Einschränkung geboten sein. In vielen Fällen wird nämlich die Sache so liegen, daß durch die Verletzung des Familienangehörigen vermögensrechtlich nicht dieser, sondern der Versicherte beschädigt ist, weil er für den Unterhalt des Verletzten und folglich auch für die Kosten der Heilung im Fall einer Krankheit aufzukommen hat; so namentlich ein Ehegatte gegenüber dem anderen (§ 1360 BGB.) oder Eltern gegenüber bedürftigen Kindern (§ 1602 BGB.). In solchen Fällen steht der Ersatzanspruch gegen den Urheber der Verletzung unmittelbar dem unterhaltspflichtigen Versicherten zu, und es findet daher auch ein Rechtsübergang von diesem auf den Versicherungsträger (die Krankenkasse) nach § 1542 RVO. statt.

Einfluß der Vrdg. v. 30. 4. 20 auf Kassenleistungen in schwebenden Fällen.

6. **Nach Spandau.** Antwort: Die auf Grund der Vrdg. v. 30. 4. 20 (Heft 15 S. 287) getroffene Neufestsetzung der Grundlöhne ist ohne Einfluß auf die Bemessung der Kassenleistungen in Krankheitsfällen, die vor dem Inkrafttreten der neuen Grundlöhne eingetreten sind (§ 211 RVO.; ArbVers. 1918 S. 35). Dies kann nicht dadurch umgangen werden, daß Versicherte, die erweislich fortdauernd krank sind, sich gesund und arbeitsfähig melden, um nach dem Inkrafttreten der höheren Grundlöhne sich wieder krank zu melden und nunmehr das höhere Krankengeld zu beziehen. Wer aber überhaupt erst nach dem Inkrafttreten der höheren Sätze die Kassenleistungen beansprucht, dem sind sie nach diesen höheren Sätzen zu gewähren; denn für ihn beginnt der Bezug und die Bezugsdauer erst mit der Inanspruchnahme der Kasse, auch wenn er schon vorher krank im Sinne des § 182 RVO. gewesen sein sollte (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2d zu § 183 RVO.).

Dauer der Krankenhilfe (§ 183 RVO.).

7. **Nach Hamburg.** Antwort: Sie nehmen an, daß im § 183 Abs. 1 Satz 1 RVO. die Worte „nach diesem" so zu verstehen seien, daß die später hinzugetretene Arbeitsunfähigkeit nur dann eine neue Frist von vollen 26 Wochen auslöst, wenn die Arbeitsunfähigkeit von ihrem Eintritt an dauernd 26 Wochen besteht; andernfalls würde ein unlösbarer Widerspruch mit Abs. 2 vorhanden sein. Wir können das nicht finden und weder aus dem Wortlaut des § 183 noch aus seiner Entstehungsgeschichte, insbesondere aus den Verhandlungen der Kommission (Ber. II S. 59 bis 64) etwas entnehmen, was Ihre Auffassung rechtfertigt. Abs. 1 Satz 1 RVO. spricht aus, daß die „Krankenhilfe", also der Bezug von Krankenpflege und Krankengeld, 26 Wochen nach Beginn der Krankheit dauert, daß aber, wenn Krankengeld erst von einem späteren Tage bezogen wird, die Krankenhilfe erst 26 Wochen „nach diesem" Tage endet. Dabei macht es zunächst keinen Unterschied, aus welchem Grunde der Krankengeldbezug erst später beginnt, ob wegen der Wartezeit oder weil die Arbeitsunfähigkeit erst später eintritt (§ 182 Ziff. 2). Nach dieser Fassung des ersten Satzes handelt es sich um eine einheitliche Unterstützungsdauer von 26 Wochen, die mit dem Beginn der Krankheit oder mit dem späteren Beginn des Krankengeldbezuges anfängt und nach 26 Wochen enden würde, „ohne Rücksicht darauf, ob die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen und ob sie schon volle 26 Wochen bestanden" hat. So hat sich bei jenen Verhandlungen auch gerade der Regierungsvertreter, auf den Sie sich berufen, geäußert. Und gerade im Hinblick auf diesen Sinn des ersten Satzes, der dem früheren Recht entsprach, war beantragt worden, daß die Zeit nicht mitgerechnet werden soll, für die nur Krankenpflege gewährt wird. Danach hätte der Kranke den Anspruch auf Krankenpflege unter Umständen jahrelang gehabt, wenn die Arbeitsunfähigkeit nach kurzer Zeit immer wieder durch lange Zeiträume, in denen nur Krankenpflege zu gewähren ist, unterbrochen wird. Das wurde als zu weitgehend bezeichnet, und darauf beruht die Annahme eines Kompromißantrags, dem der zweite Satz des Abs. 1 entspricht. Danach werden „auf die Dauer des Krankengeldbezugs" Unterbrechungen durch eine Zeit, in der nur Krankenpflege gewährt wird, „bis zu 13 Wochen nicht angerechnet"; im übrigen also werden die Zeiten, in denen nur Krankenpflege gewährt wird, auf die mit Beginn des Krankengeldbezugs in Lauf gesetzte Dauer dieses Bezugs angerechnet. Es ist also nicht zu verstehen, wie hiernach Abs. 1 Satz 1 des § 183 den Sinn haben sollte oder könnte, daß mit dem späteren Beginn des Krankengeldbezugs eine neue Frist von 26 Wochen nur dann ausgelöst wird, wenn die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen 26 Wochen dauert; und es ist weiter nicht zu verstehen, weshalb die gegenteilige, nach der Fassung und Absicht des ganzen Abs. 1 gebotene Auffassung mit Abs. 2 in Widerspruch stehen soll. Nach dem erwähnten Sinne des § 1 kann es oft vorkommen, daß Krankengeld über die 26. Woche nach Beginn der Krankheit zu zahlen ist. Dann endet nach Abs. 2 mit dem Krankengeldbezug in allen Fällen auch der Anspruch auf Krankenpflege — auch wenn diese nicht volle 26 Wochen gewährt worden ist, weil sie zeitweise nicht erforderlich war. Wenn die entwickelte Auffassung in der Praxis zu unbilliger unterschiedlicher Behandlung einzelner Fälle führt, so ist das nur eine unvermeidliche Folge, die auch hier, wie sonst bei jeder Fristbestimmung, mit in Kauf genommen werden muß.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1284 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 21. Juni 1920 | Heft 18

Die Neuordnung der Teuerungszulagen für Unfallrentenempfänger.

Von Dr. jur. Arthur Fischer, Breslau.

Die Klagen über die Unmöglichkeit, mit den vor Jahren nach Friedensverdiensten festgesetzten Renten auszukommen, bildeten seit längerer Zeit einen ständigen Teil aller Tageszeitungen. Man konnte ihnen die Berechtigung nicht absprechen; besonders war es eine Härte, daß bei allen bisher gewährten Zulagen die Hinterbliebenen leer ausgingen. Anderseits wurden aber die technischen Schwierigkeiten übersehen, die sowohl bei den Berufsgenossenschaften wie den Postanstalten erwuchsen; man neigte deshalb in den betroffenen Kreisen dazu, die Schuld bei den Versicherungsträgern zu suchen, denen man Mangel an Sozialempfinden und engherzigen Kapitalismus vorwarf. Die Vorwürfe sind falsch; denn schon seit langen Monaten überlegten sich die berufsgenossenschaftlichen Vereinigungen und Verbände, wie man einen gangbaren Weg finden könnte, der beiden Teilen möglichst gerecht würde. Bei dem Tiefstand unserer Volkswirtschaft mußte auch naturgemäß auf die Kreise Rücksicht genommen werden, die die gewaltigen, zu solcher Verbesserung nötigen Mittel aufzubringen hatten. Denn der gegebene Träger dieser Teuerungslast, die aus der allgemeinen Weltlage, nicht aber dem Begriffe des Schadenersatzes entspringt, mußte logischerweise das Reich sein; dieses aber hatte seine Verpflichtung auf die Unternehmer abgewälzt. Wenn nun kurz vor der Wahl die Verordnung erscheint, durch welche allen erhobenen Klagen nach bestem Können Abhilfe geschaffen wird, so ist das ein taktisch kluges Verhalten der jetzigen Regierung. Es muß aber von vornherein, damit kein falsches Bild entsteht, hervorgehoben werden, daß die Verordnung auf einer Denkschrift beruht, die der Verband der deutschen Berufsgenossenschaften dem Reichsarbeitsministerium eingereicht hat!

Die bisherigen Verordnungen, die in dieser Zeitschrift schon eingehend besprochen worden sind (vgl. 1918 S. 201ff, 264ff, 273, 1919 S. 66ff), befriedigten niemanden, weder den Rentenempfänger, da die feste Zulage nicht hoch genug war, um einen fühlbaren Ausgleich für die Teuerung zu geben, noch die Versicherungsträger, die an Stelle des Reiches die Lasten aufzubringen hatten, noch den unparteiisch Prüfenden, der nicht einzusehen vermochte, warum die Hinterbliebenen anders als in der Invalidenversicherung unbedacht blieben.

Die Verordnung vom 5. 5. 1920 (RGBl. 878; ArbVers. Heft 15 S. 293), die mit dem Tage ihrer Verkündigung, also am 8. 5. 1920, in Kraft getreten ist (§ 17), bringt eine völlige Neuordnung des ganzen Systems der Teuerungszulagen für Unfallrentner. Während bisher feste Sätze von 8 und 20 M. gewährt wurden, greift jetzt eine prozentuale Zuschlagsberechnung Platz, während bisher

jeder, dessen Rentenprozente zusammen die Zahl 66 ⅔ ergaben, einen Anspruch auf die Zulage hatte, ist jetzt ein numerus clausus eingeführt (siehe unten I, Abs. 2); während bisher Hinterbliebene unberücksichtigt blieben, haben jetzt endlich auch Witwen, Waisen usw. ein Anrecht auf Zulage; während bisher die Forderungen auf rückwirkende Umrechnung der Jahresverdienste der Vorkriegszeit ungehört verhallt waren, wird ihnen jetzt durch periodische Abstufungen der Höhe der Zulage Rechnung getragen. Unverändert geblieben aber ist trotz aller einmütigen energischen Proteste die Belastung der Versicherungsträger mit den Kosten (§ 15; vgl. unten IX, aber auch VIII), und so muß man denn die Hoffnung fallen lassen, daß sich hierin noch etwas ändern wird. Vielleicht ist darin auch ein Stück Sozialisierung kapitalistischer Einrichtungen zu erblicken! — Wie sieht die Neuordnung nun im einzelnen aus?

I. Wer hat einen Anspruch? Zunächst ist der Kreis der Zulageempfänger ganz wesentlich erweitert. Das Verlangen von sozialdemokratischer Seite, einfach alle Renten um 100 % zu erhöhen, war indiskutabel, weil man im Gegenteil danach streben muß, die „Schnapsrenten" abzuschaffen. Schließlich verlangte der „Vorwärts" am 18. 11. 1919 auch nur noch eine Verdoppelung der Bezüge der Vollrentner. Aber die „Halbheit" ist nun doch auch in die RVO. eingezogen! Denn bisher galt als berechtigt nur jemand, der 66 ⅔ % Rente hatte, jetzt erhält schon jeder Verletzte die Zulage, der 50 % Rente bekommt, gleichgültig, ob aus einem Unfall oder durch Addition der kleineren Renten mehrerer Unfälle und gleichgültig, ob von einer Berufsgenossenschaft oder von mehreren (§ 1). Die Zahl 50 gewinnt in der deutschen Sozialversicherung immer größeren Einfluß; in der Angestelltenversicherung tauchte sie als Charakteristikum der Berufsunfähigkeit zuerst auf, die Verordnungen und Gesetze über die Schwerbeschädigten bauten sie fort, und jetzt erscheint sie auch hier, während die letzte Verordnung über Erwerbslose den Empfänger einer Rente von 66 ⅔ % schon einem Arbeitsunfähigen gleichstellt. Damit beschreiten wir aber eine falsche Bahn in der Abschätzung von Unfallfolgen durch die Verkennung der Wechselwirkung von Rentenhöhe und Arbeitslust! Neben den Verletzten selbst erhalten nun aber, in Ausgleich einer stets als solcher empfundenen Härte, auch Witwen, Witwer, Kinder, Verwandte der aufsteigenden Linie und elternlose Enkel die Zulage (§ 5).

Alle diese Personen sind ein für allemal fest bestimmt. Neue können nicht mehr hinzutreten. Den Verletzten, die nach dem 31. 1. 1920 Unfälle erlitten haben oder noch erleiden werden, wird eine Zulage nicht gewährt; und Hinterbliebene eines Versicherten, der infolge eines nach dem 31. 12. 1919 erlittenen Unfalls stirbt, bleiben gleichfalls ohne Zulage (§§ 4, 5). Hiermit kommt klar zum Ausdruck, daß die Teuerungszulage einen Ausgleich für den gesunkenen Geldwert und eine Anpassung der Friedensarbeitsverdienste an die enormen Kriegs- und noch höheren Revolutionslöhne darstellt. Wo die Renten schon nach diesen erhöhten Löhnen berechnet sind, sind sie hoch genug und bedürfen keiner Zulage. Die von mir schon früher vertretene Ansicht, daß die Einführung eines numerus clausus beabsichtigt sei, findet hiermit ihre Bestätigung.

Voraussetzung für die Gewährung aller Zulagen ist, daß der Anspruchsberechtigte kein Ausländer ist, der sich im Auslande aufhält (§§ 1, 5).

II. Wie hoch ist die Zulage? Bisher bestand sie (in roher und wenig zweckdienlicher, von dem Ursprungsgedanken auch weit abweichender Form) in einem festen Zuschlage von ursprünglich 8 M., zuletzt 20 M. monatlich. Jetzt findet eine prozentuale Berechnung statt, getrennt nach den Jahren, in denen sich die Unfälle ereigneten, und danach, ob es sich um einen gewerblichen oder um einen Unfall aus der landwirtschaftlichen oder See-Unfallversicherung handelt.

Unterschieden werden drei Perioden

gleichmäßig bei allen Verletzten, nämlich Unfälle a) aus den Jahren 1885 bis einschließlich 1900; b) aus den Jahren 1901 bis einschließlich 1915; c) aus den Jahren 1916 bis einschließlich 31. 1. 1920. Dieselben Zeiten kommen in Anwendung auch bei den Hinterbliebenen, nur verkürzt sich bei diesen die letzte Periode um einen Monat und rechnet nur bis Ausgang 1919.

Diese Teilung hat eine gute Berechtigung; sie umschließt den Beginn bis zur Reform von 1900, dann die Vor- und Anfangskriegszeit, endlich die Zeit der ruckweise emporschnellenden Teuerung und hohen Löhne. Dementsprechend sind auch die Zuschläge abgestuft, und zwar, wieder folgerichtig, höher für die nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste eines landwirtschaftlichen Arbeiters oder nach der durchschnittlichen Monatsheuer der Besatzung von Seefahrzeugen berechneten Verletztenrenten als bei den übrigen. Die Zulage beträgt danach im Zeitraum a) 110 bzw. 90 %; b) 90 bzw. 70 %; c) 60 bzw. 40 % des Monatsbetrages der laufenden Rente (§ 2). Sie wird nur für volle Kalendermonate gewährt und auf volle 5 Pfennige für den Monat aufgerundet (§ 10).

Hält man sich gegenwärtig, daß z. B. in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung Monatsrenten von 10 M. für den völligen Verlust eines Armes vorkommen, so hat auch die zunächst eigenartig anmutende Vorschrift des § 3 Abs. 2 ihre Berechtigung, nach der die alte Zulage von 20 M. weiter zu gewähren ist, wenn die neue, prozentual errechnete niedriger ausfällt.

Unter gleichen Voraussetzungen betragen die mit Sehnsucht erwarteten Hinterbliebenenzulagen zu a) 80 bzw. 60 %; zu b) 60 bzw. 40 %; zu c) 40 bzw. 20 % (§ 6), doch ohne eine dem § 3 Abs. 2 entsprechende Gewähr eines Mindestbetrages von 20 M.*).

III. W e r g e w ä h r t d i e Z u l a g e?

Schon früher hatte ich mich für den Fall, daß erst die Zusammenrechnung der aus mehreren Unfällen festgestellten Rentenprozente die zahlenmäßige Voraussetzung eines Rentenbezuges von 66 2/3 % ergibt, dafür eingesetzt, daß die Zulage auf die beteiligten Berufsgenossenschaften anteilig umzulegen sei. Doch hatte die Verordnung vom 2. 12. 1918 in Entscheidung der verschiedenen Zweifelsfragen dabei einfach d i e Berufsgenossenschaft für die allein verpflichtete erklärt, die die höchste Rente gewährte, bei gleich hohen Renten die zuletzt festsetzende. Das hatte eine gewisse Logik, solange die Zulage eine von der Grundrente unabhängige, feste und gleichbleibende Zahl war. Jetzt, wo die Zulage infolge der prozentualen Berechnung verschieden hoch ausfällt, macht die Verteilung keine Schwierigkeiten mehr. Folglich zahlt jede Berufsgenossenschaft den Zuschlag zu der von ihr gewährten Rente (§ 1). Je mehr Renten ein Verletzter hat, je höher ist die Summe seiner Teuerungszulagen. Wo die alten 20 M. weiter zu gewähren sind, gewähren die beteiligten Versicherungsträger die Zulage nach dem Verhältnis der Monatsbeträge der einzelnen Renten.

Die Neuregelung wirkt auf den 1. 1. 1920 zurück. Von diesem Tage ab sind die Zulagen nach dem neuen Recht zu gewähren (§§ 3, 5). Das Heraussuchen der in Frage kommenden Fälle, die Berechnung usw. nehmen aber natürlich längere Zeit in Anspruch. Deshalb ist vorgesehen, daß die 20 M., an deren Stelle die prozentualen Zuschläge treten, von der bisher zahlungspflichtigen Berufsgenossenschaft weiter zu zahlen sind, bis die Auszahlung der neuen Sätze erfolgt, wobei jene Zuschläge von monatlich 20 M. angerechnet werden. Sind hieran mehrere Versicherungsträger beteiligt (§ 1 Satz 3), so erfolgt die Anrechnung nach dem Verhältnis der Monatsbeträge der einzelnen Renten mit der Maßgabe, daß die bisher zahlungspflichtige Berufsgenossenschaft von den anderen anteiligen Ersatz verlangen kann (§ 3 Abs. 1). Dieser letzte Satz wird voraussichtlich manche Streitfälle ergeben; und darum ist hier die

*) Im Eingang des § 6 findet sich ein Fassungsfehler. Es muß selbstverständlich heißen: „Die auf Grund des § 5 zu gewährende Z u l a g e beträgt . . .“ (statt: „R e n t e beträgt . . .“).

Anrufung des Reichsversicherungsamts vorgesehen, während sonst in der Regel das Oberversicherungsamt endgültig entscheidet (§ 8).

IV. Besondere Voraussetzungen. — Es ist schon erwähnt, daß Ausländer im Auslande keinen Zulageanspruch haben. Inländer im Auslande und Ausländer im Inlande behalten den Anspruch wie bisher.

Vergebens sucht man aber nach dem geläufig gewordenen Satz „wenn nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht benötigt wird". Gerade er war doch auf Drängen der Berufsgenossenschaften in die erste Verordnung hineingekommen. Soll nunmehr wirklich jeder 50 % Rente beziehende Verletzte die Teuerungszulage erhalten, auch wenn er „nicht bedürftig" ist (um es kurz und mit den durch die Stellungnahme des Reichsversicherungsamts sich ergebenden Vorbehalten auszudrücken)? Für die Bejahung scheint zu sprechen, daß, ebenso wie hier, auch bei den Zulagen der Witwen usw. keine derartige Einschränkung gemacht ist. Aber an sich wäre eine verschiedene Behandlung beider Arten von Zulagen sehr wohl denkbar. Steht doch auch in der Niederschrift des geschäftsführenden Ausschusses des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften vom 14. 1. 1920 die Bemerkung, eine Prüfung der Bedürftigkeit im Einzelfall ist nicht erwünscht, nur bei dem Absatz 4g, der von der Zulage für Witwen handelt! Und tatsächlich kann man aus den Eingangsworten des § 3 unserer Verordnung, der sich nur auf Verletztenrenten bezieht, wohl schließen, daß die Prüfung der Bedürftigkeit nach wie vor Erfordernis für die Gewährung oder Ablehnung der Zulage sein soll. Denn wenn „die auf Grund der §§ 1 und 2 gewährten Zulagen . . . . . an die Stelle der Zulagen nach der Verordnung vom 27. 11. 1919 . . . . . treten", so braucht man darin nicht nur einen Hinweis auf die abgeänderte Höhe zu sehen, man kann sehr gut damit auch die Voraussetzungen für den Bezug in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfaßt halten. Den gleichen Schluß läßt der § 9 zu, nach dem eine endgültig abgelehnte Zulage dennoch zu gewähren ist, „wenn und soweit Umstände eintreten, die ihre Gewährung rechtfertigen". Hiermit kann natürlich das einfache Hinzutreten einer neuen Rente aus einem neuen Unfall, die die noch nicht erreichten 50 % voll macht, es kann aber auch der Eintritt von Bedürftigkeit gemeint sein, die früher fehlte. Ähnlich entsteht die Frage aus § 10 nach den „Voraussetzungen für die Gewährung der Zulage"; dieser Satz kann sich, wenn man die ganze Teuerungsfrage in historischer Entwicklung als ein einheitliches Ganzes ansieht, auch auf den Wegfall der Bedürftigkeit als Entziehungsgrund beziehen. Macht man aber von der Gepflogenheit bei Kriegsverletztenrentenzulagen einen Rückschluß, so scheint es, als wenn die Bedürftigkeitsfrage in Zukunft ausgeschaltet bleiben soll. Eine Klarstellung durch das Reichsversicherungsamt muß abgewartet werden*). Namentlich auch, weil im § 9 ein Widerspruch zu § 4 gesehen werden kann. Denn wenn Unfälle nach dem 31. 1. 1920 völlig ausscheiden, können sie auch nicht ergänzend wirken; d. h., wer am 31. 1. 1920 erst 40 % Rente hatte, kann durch einen späteren Unfall, der ihm noch 10 % Rente einträgt, auch auf Grund des § 9 nicht Zulage beanspruchen. Es kann also nur eine durch Urteil zuerkannte Rente für einen Unfall aus früherer Zeit als dem 31. 1. 1920 gemeint sein; dann ist aber doch meist die Zulage noch nicht endgültig abgelehnt gewesen!

Ferner war bisher ein Antrag erforderlich. Jetzt entscheidet der Versicherungsträger von Amts wegen (§ 8). Heißt das, ein Antrag sei nicht mehr erforderlich? Das Reichsversicherungsamt sagt zwar in dem vorher erwähnten Runderlaß, daß das Erfordernis der Antragstellung im Einzelfall aufgehoben sei. Eine rechtliche Voraussetzung ist also der Antrag nicht mehr. Aber eine glatte Durchführung der Verordnung

*) Diese ist inzwischen erfolgt durch den Runderlaß vom 25. 5. 20 — I 1087 —, nach welchem das Erfordernis der Prüfung der Bedürfnisfrage im Einzelfall aufgehoben ist.

ohne Antrag ist nur da möglich, wo eine Berufsgenossenschaft 50 % Rente gewährt aus einem Unfall. Schwieriger, aber nicht unüberwindlich, ist die Prüfung der Identität von gleichnamigen Rentenempfängern einer Berufsgenossenschaft; kommen auch hier für einen zusammen 50 % Rente heraus, so ist ein Antrag unnötig. Sind aber, was ja kein Versicherungsträger wissen kann, mehrere Berufsgenossenschaften beteiligt, so sehe ich nicht, wie man ohne Antrag auskommen soll. Es muß also jedem Rentenempfänger nahegelegt werden, sich zu melden, wenn er sich für zulageberechtigt hält. Manche Berufsgenossenschaften haben ihre Rentenempfänger auf die Möglichkeit, durch Zusammenrechnung von Renten eine Zulage zu erhalten, hingewiesen. Einfacher wäre es schon gewesen, allen Berufsgenossenschaften durchweg einen Benachrichtigungszwang in diesem Sinne aufzuerlegen. Sonst kann leicht eine Berufsgenossenschaft gegen die andere als „sozialer denkend" ausgespielt werden. Und die oft recht spät und noch nicht einmal vollzählig eingegangenen Anträge beweisen, daß die bisherigen Verordnungen längst nicht allen Berechtigten bekanntgeworden sind. Nirgends aber wird die Regel, daß Rechtsunkenntnis nicht vor Schaden schützt, härter empfunden als auf dem Gebiete sozialer Fürsorge!

V. Dauer der Zulage. — Die Zulage wird gewährt für die Zeit vom 1. Januar 1920 bis 31. Dezember 1921. Sie fällt weg, wenn die Rente ruht oder wenn die Voraussetzungen für die Gewährung der Zulage nicht mehr gegeben sind. Sollten mit diesen Worten wirklich nur die zahlenmäßigen Voraussetzungen gemeint sein, so hätte man zweifelsfreier den Text des § 5 der Verordnung vom 17. Januar 1918 wiederholen können: „wenn er (der Verletzte) nicht mehr eine Rente in der im § 1 angegebenen Höhe bezieht" (vgl. oben IV). — Für den Sterbemonat, den Monat der Wiederverheiratung und den Monat, der das Ruhen der Rente bringt, wird die Zulage noch voll gezahlt. War beim Tode des Berechtigten die Zulage noch nicht abgehoben, so sind nacheinander der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, wenn sie mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Im Inlande wohnende Angehörige eines eine Freiheitsstrafe von mehr als einem Monat verbüßenden oder in einem Arbeitshaus oder einer Besserungsanstalt untergebrachten Zulageempfängers haben, wenn sie im Falle seines Todes rentenberechtigt wären, auch Anspruch auf Überweisung der Zulage (§ 10). Doch bei dieser letzteren auf § 615, Ziff. 1 RVO. fußenden Bestimmung taucht die alte Frage sofort wieder auf: haben die Angehörigen Anspruch auf die volle Verletztenzulage oder nur auf den nach ihrer Rente berechneten Zulageanteil? Denn die „entsprechende" Anwendung würde sein, daß man statt „seines" liest „jenes" Anspruches, da man sich in Schrifttum und Praxis doch dahin geeinigt hat, daß gegenüber den Vorgängern der RVO. mit dieser Fassung keine materielle Änderung beabsichtigt gewesen sei. Ich glaube aber nicht, daß wirklich eine Teilung der Zulage oder eine Umrechnung bezweckt ist. Diese würde z. B. schwer möglich sein bei solchen Unfällen, die sich in der Zeit zwischen dem 1. und 31. Januar 1920 ereignet haben. Denn für solche haben doch die Hinterbliebenen keinen Zulageanspruch (§ 4 in Verbindung mit § 5). Ich möchte mich also der Einfachheit halber für eine Überweisung der Zulage in voller Höhe aussprechen.

Daß die Zulage dazu dienen soll, die Notlage des Rentenempfängers zu lindern, nicht aber das Zugriffsrecht seiner Gläubiger oder sonstiger Erstattungsberechtigter zu vergrößern, ergibt sich klar aus § 7. Nach ihm kommen die Zulagen als Unfallentschädigung nicht in Anrechnung, wenn es sich um die Pfändung, Verpfändung und Übertragung von Rentenansprüchen handelt (RVO. § 119), ein Betrag für Sachleistungen an Trunksüchtige einbehalten wird (§ 120), das Ruhen der Invalidenrente beim Zusammen-

treffen mit Unfallrente in Frage steht (§§ 1311, 1522), eine Krankenkasse aus der Unfallrente Ersatz beansprucht (§§ 1501, 1528, 1529) oder das Krankengeld auf den die Vollrente übersteigenden Betrag reduziert (§ 1511), Ersatzansprüche von Gemeinden oder Armenverbänden oder Betriebsunternehmen und Kassen aus den Ansprüchen auf Grund der RVO. geltend gemacht werden (§§ 1531, 1541, 1544), endlich ein Übergang wegen Forderungen an Dritte eingetreten ist (§ 1542).

VI. Bescheid und Rechtsmittel. — Es ist schon erwähnt worden, daß über die Gewährung der Zulage der Versicherungsträger von Amts wegen zu entscheiden hat, und daß dieses „von Amts wegen" Schwierigkeiten birgt (vgl. IV). Die Entscheidung ergeht schriftlich; Versagungen und Wegfall der Zulage sind zu begründen. Es findet „Einspruch" statt, über den die Spruchkammer des Oberversicherungsamts entscheidet, das zu entscheiden hätte, wenn es sich um Berufung gegen einen Endbescheid handeln würde, also das Oberversicherungsamt, in dessen Bezirk der Berechtigte zur Zeit des Einspruchs wohnt oder beschäftigt ist (§ 1677). Die Entscheidung über den „Einspruch" ist endgültig. Die Einspruchsfrist beträgt einen Monat nach Zustellung. Um die Einheitlichkeit der Rechtsprechung zu wahren, ist § 1693 für anwendbar erklärt. An Stelle des Oberversicherungsamts entscheidet Streitfälle aus § 3 Abs. 1 Schlußsatz das Reichsversicherungsamt (vgl. III). Das Verfahren ist kostenlos; Pauschbeträge aus § 80 RVO. sind nicht zu entrichten (§ 8).

VII. Zahlstelle. — Zahlstelle ist die Postanstalt, die für die Rentenzahlung zuständig ist. Sie ist dem Berechtigten von der Berufsgenossenschaft mitzuteilen. Die Aushändigung erfolgt gegen Quittung (§ 11). Diese muß wie bisher beglaubigt sein. Zur Beglaubigung der erforderlichen Bescheinigungen ist jede Person befugt, die berechtigt ist, ein öffentliches Siegel zu führen (§ 12).

VIII. Abführung der Beträge an die Post. — Die Erstattung der vorschußweise von der Post vorgelegten Summen erfolgt in entsprechender Anwendung der §§ 777, 778, 780 bis 782 RVO. (§ 13). Die Versicherungsträger sind berechtigt, in Höhe der auf Grund dieser Verordnung nach ihren Anweisungslisten durch Vermittlung der Post gezahlten Zulagen nach näherer Bestimmung des Reichsversicherungsamts fünfprozentige Schuldverschreibungen, Schuldforderungen und Schatzanweisungen der Kriegsanleihen des Deutschen Reiches zum Anschaffungspreis oder, wo dieser nicht feststellbar ist, zum Kurse von 97 % bei Zahlung der Postvorschüsse an Zahlungsstatt abzuführen (§ 14). — Dieses Zugeständnis stellt eine wesentliche Erleichterung für die finanziell schwer belasteten Berufsgenossenschaften dar; denn die Kosten der neuen Zulagen gehen in die Millionen!

IX. Aufbringung der Mittel. — Die Unbilligkeit, daß die Berufsgenossenschaften die Mittel für die Gewährung der Zulagen in gleicher Weise wie die Mittel für ihre übrigen Leistungen aufzubringen haben, ist trotz aller Geißelungen erneut verankert (§ 15). Vgl. die Einleitung.

X. Ausführungsbestimmungen. — Die neu erstandenen Zweifelsfragen hätte das Reichsversicherungsamt lösen müssen, als es das Nähere über die Durchführung dieser Verordnung und über das Verfahren bestimmte, was es aber durch die gemäß § 16 erfolgten, in Nr. 114 des Deutschen Reichsanzeigers vom 28. Mai 1920 veröffentlichten Ausführungsbestimmungen und seinen mehrfach erwähnten Runderlaß bisher nur zum Teil getan hat.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers, betreffend die Auslegung der Begriffe Friedensschluß und Kriegsende auf dem Gebiete der Arbeiter- und Angestelltenversicherung.

Vom 25. Mai 1920 (RGBl. S. 1081).

Auf Grund des § 27 Abs. 2, 3 des Ausführungsgesetzes zum Friedensvertrage vom 31. August 1919 (RGBl. S. 1530) wird hierdurch folgendes bestimmt:

§ 1. — Soweit in den Reichsgesetzen oder in den reichsrechtlichen Verordnungen oder Bestimmungen über die Arbeiter- und Angestelltenversicherung ausdrücklich oder dem Sinne nach auf die Beendigung des Krieges oder den Friedensschluß Bezug genommen wird, gilt mangels anderweitiger Bestimmung als Zeitpunkt der Kriegsbeendigung oder des Friedensschlusses der 10. Januar 1920.

§ 2. — Fristen, welche auf Grund der im § 1 bezeichneten Vorschriften oder Bestimmungen von dem Zeitpunkt der Kriegsbeendigung oder des Friedensschlusses ab laufen, beginnen erst mit dem Tage der Verkündung dieser Bekanntmachung.

§ 3. — Unberührt bleiben die Vorschriften, welche den ehemaligen Bundesrat oder eine andere Stelle zur Bestimmung des Zeitpunkts ermächtigen, mit dem die im § 1 bezeichneten Vorschriften oder Bestimmungen außer Kraft treten sollen.

Zum Begriff der „Kriegs- oder ähnlichen Dienste".

Beschluß des **Oberschiedsger. f. Angestelltenvers.** v. 12. November 1919 (P. 90, 19).

Die Versicherungspflicht der Tätigkeit des E. ist an sich nicht zweifelhaft; es kommt also für die Beitragspflicht nur in Frage, ob er Kriegsdienste oder ihnen ähnliche Dienste im Sinne der Verordnung vom 26. August 1915 geleistet hat. Das ist zu verneinen. Daß die Dienste des Klägers nicht Kriegsdienste waren, bedarf keiner weiteren Ausführung; sie können aber auch nicht als ihnen ähnliche Dienste bezeichnet werden. E. war keine Person des Soldatenstandes, befand sich auch nicht in einem auf öffentlich-rechtlicher Grundlage beruhenden gleichartigen Abhängigkeitsverhältnis zu der Militärbehörde und leistete seine Dienste nicht unentgeltlich bzw. gegen geringfügigen Sold, sondern war auf Privatdienstvertrag angenommen und bezog ein den damaligen Besoldungsverhältnissen entsprechendes, nicht unerhebliches Tagesentgelt. Die von ihm geleistete Arbeit entsprach seiner Ausbildung und bisherigen Tätigkeit. Daß sie der Bekämpfung des Feindes diente und mit ähnlichen Gefahren für Leib und Leben bedroht war, wie die des Soldaten, genügt nicht, um sie zu einer kriegsdienstähnlichen zu machen. Andernfalls würde man zu dem Ergebnis kommen, daß jede Herstellung von Kriegsmaterial, ja, überhaupt jede der Bekämpfung des Feindes dienende Tätigkeit als Kriegsdienst oder ein diesem ähnlicher Dienst aufzufassen sei. Das war aber zweifellos nicht der Zweck der Verordnung (zu vgl. auch Krause, Kriegswochenhilfe, Anm. 12 zu 1 der Verordnung vom 3. Dezember 1914). Es würde auch offenbar unzweckmäßig sein, die bei Fortifikationsarbeiten verwendeten Personen versicherungsrechtlich verschieden zu behandeln, je nachdem sie gerade im Operationsgebiet tätig sind oder nicht. Das würde eine fortwährende Unsicherheit ihrer versicherungsrechtlichen Stellung zur Folge haben. Auch wenn die bei den Ausbauarbeiten der Feldstellung Lötzen tätigen Leute gewissen Beschränkungen in ihrer persönlichen Freiheit unterworfen waren, wurden sie damit nicht zu Personen des Soldatenstandes (zu vgl. „Angestelltenvers." 1916 S. 438 Nr. 2187).

Festsetzung einer Zwangsstrafe setzt vorgängige Androhung durch die Stelle voraus, der die Verhängung der Strafe zusteht.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 1. März 1919 (2568 Amtl. Nachr. 1920 S. 184).

Wie der Beschlußsenat bereits in der grundf. Entsch. 1825 (Amtl. Nachr. 1914) ausgeführt hat, sind die Geldstrafen des § 1467 RVO. Zwangsstrafen und müssen als solche vorher angedroht werden. Dies hat auch der Vorstand der Landesversicherungsanstalt nicht verkannt. Streit herrscht nur darüber, ob die Strafe in einer bestimmten Höhe angedroht werden mußte und ob der Kontrollbeamte die Strafandrohung im Auftrag des Vorstandes aussprechen durfte.

Die Annahme des Oberversicherungsamts, daß die Strafe in bestimmter Höhe anzudrohen sei, entbehrt der gesetzlichen Grundlage und läßt sich auch aus dem Wesen der Zwangsstrafe nicht folgern. Auch das Preußische Oberverwaltungsgericht hat bei Androhung der im § 132 des preußischen Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 vorgesehenen Zwangsstrafe eine Strafandrohung

unter Hinweis auf den Rahmen der in Betracht kommenden Strafart nicht beanstandet (zu vgl. Entsch. dieses Gerichts vom 5. November 1907 und vom 5. Mai 1913, im preuß. Verwaltungsbl. Bd. 29 S. 560, 561 und Bd. 35 S. 401, 402). Dagegen mußte dem Oberversicherungsamt insoweit beigetreten werden, als es die Androhung der Strafe durch den Kontrollbeamten nicht als eine die Festsetzung der Zwangsstrafe rechtfertigende Strafandrohung angesehen hat. Die Androhung der Strafe bildet einen wesentlichen Bestandteil des Zwangsstrafrechts und kann daher nur von der Stelle erfolgen, der das Zwangsstrafrecht selbst zusteht, also von dem Vorstand der Landesversicherungsanstalt (§ 1467 RVO.). Ebensowenig wie der Anstaltsvorstand die Verhängung der Strafe an eine andere Stelle übertragen kann, darf er die Androhung der Strafe einer anderen Stelle überlassen.

B. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung, betreffend die jetzige Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge.

Vom 22. Mai 1920 (RGBl. S. 1069).

Die Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757) wird auf Grund des § 18 des zu seiner Änderung erlassenen Gesetzes vom 30. April 1920 (RGBl. S. 853) nachstehend bekanntgemacht:

1. Wochenhilfe.

§ 1. — Der § 179 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden Wortlaut:

„Gegenstand der Versicherung sind die in diesem Buche vorgeschriebenen Leistungen der Krankenkassen (§ 225) an Krankenhilfe, Wochenhilfe, Sterbegeld und an Familienhilfe."

§ 2. — An Stelle des § 195 der Reichsversicherungsordnung treten folgende Vorschriften:

§ 195a.

Wöchnerinnen, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind, erhalten als Wochenhilfe:

1. einen einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung in Höhe von fünfzig Mark;
2. ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens einundeinehalbe Mark täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage, für zehn Wochen, von denen vier in die Zeit vor und sechs in die Zeit nach der Entbindung fallen. Das Wochengeld für die ersten vier Wochen ist mit dem Tage der Entbindung fällig;
3. eine Beihilfe bis zum Betrage von fünfundzwanzig Mark für Hebammendienste und ärztliche Behandlung, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden;
4. solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes, jedoch mindestens fünfundsiebzig Pfennig täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage, bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft.

Neben Wochengeld wird Krankengeld nicht gewährt, die Wochen nach der Niederkunft müssen zusammenhängen.

Wechselt die Wöchnerin während der Leistung der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit, so bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig.

§ 195b.

Die Satzung kann die Dauer des Wochengeldbezugs bis auf dreizehn Wochen, des Stillgeldbezugs bis auf sechsundzwanzig Wochen erweitern.

Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamts das Wochengeld höher als das Krankengeld, und zwar bis zur Höchstgrenze von drei Vierteln des Grundlohns bemessen.

Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so werden die noch fälligen Bezüge aus der Reichswochenhilfe an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.

§ 195c.

Die Vorstände der Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen und Ersatzkassen können beschließen, statt der baren Beihilfen nach Nr. 195a Nr. 1 und 3 freie Behandlung durch Hebamme und Arzt sowie die erforderliche Arznei bei der Niederkunft und bei Schwangerschaftsbeschwerden zu gewähren. Es ist zulässig, auch nur eine oder mehrere der genannten Sachleistungen gegen entsprechende Aufrechnung an der Barentschädigung zu gewähren.

Ein solcher Beschluß kann nur allgemein für alle Wöchnerinnen gefaßt werden, denen die Kasse nach § 195a Wochenhilfe zu leisten hat.

§ 195d.

Das Landesgesetz kann vorschreiben, daß die Krankenkassen an eine öffentlich-rechtliche Körperschaft, die zur Hälfte bei der Niederkunft und bei der Schwangerschaft den bei der Kasse Versicherten fest angestellte und besoldete Hebammen zur Verfügung stellt, einen Betrag in Höhe der für solche Hilfeleistungen bestimmten Gebühr zu entrichten haben. Um diesen Betrag ermäßigen sich dann die baren Beihilfen nach § 195a Nr. 1 und 3.

Diese Vorschrift gilt auch für Ersatzkassen, soweit die Rechte und Pflichten ihrer Mitglieder bei deren Krankenkasse nach § 517 Abs. 1 ruhen, sowie für knappschaftliche Krankenkassen.

§ 13. — Der § 197 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden Wortlaut:

„Ist die Wöchnerin während des letzten Jahres bei mehreren Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen versichert gewesen, so haben die anderen der leistungspflichtigen Kasse auf Verlangen die Leistungen aus den §§ 195a, 195c, 196 nach Verhältnis der Mitgliedzeit zu erstatten. Dabei ist für Aufwendungen, welche die Kasse nach § 195c gemacht hat, in jedem Einzelfall als einmaliger Beitrag zu den Kosten der Entbindung (§ 195a Abs. 1 Nr. 1) der Betrag von fünfzig Mark und als Beihilfe für Hebammendienste und ärzt-

liche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden (§ 195a Abs. 1 Nr. 3) der Betrag von fünfzehn Mark zu ersetzen.

Der Erstattungsanspruch ist nur bis zur Höhe des Anspruchs begründet, welcher der Wöchnerin gegen die erstattungspflichtige Kasse zugestanden hätte, wenn diese leistungspflichtig gewesen wäre. Für Leistungen, welche diese Kasse nach § 195c gewährt, werden die im Abs. 1 Satz 2 bezeichneten Beträge angesetzt."

§ 4. — Der § 198 der Reichsversicherungsordnung fällt weg.

§ 5. — Die Nr. 3 des § 199 der Reichsversicherungsordnung fällt weg.

§ 6. — Der § 200 der Reichsversicherungsordnung fällt weg.

§ 7. — Im § 419 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung erhält der letzte Halbsatz folgenden Wortlaut:

„... ebenso gelten entsprechend die §§ 195a bis 195c, 196, 197, 199, 224."

§ 8. — Der Umstand, daß nach der Beendigung des letzten Krieges dem Reiche nicht mehr Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste im Sinne der Bekanntmachungen, betr. Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492), über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) und der Bekanntmachung, betreffend Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges, vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) geleistet werden, steht der unverkürzten Zahlung der Wochenhilfe aus Ansprüchen nicht entgegen, die auf Grund dieser Bekanntmachungen, der Verordnung, betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges, vom 1. März 1917 (RGBl. S. 200) oder der Bekanntmachung, betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges, vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085) entstanden sind.

Für Personen, die während des letzten Krieges dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben, steht bei Anwendung der im Abs. 1 bezeichneten Bekanntmachungen sowie der Verordnung, betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges, vom 1. März 1917 (RGBl. S. 200) die Zeit zwischen der Beendigung des Krieges und der Entlassung aus den Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Diensten der Zeit der Leistung dieser Dienste gleich. Für die Zeit nach der Entlassung gilt § 1 der Verordnung über die Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs vom 21. Dezember 1918 (RGBl. S. 1467) entsprechend.

§ 9. — Die Leistungen, die nach den im § 8 bezeichneten Bekanntmachungen und Verordnungen zu zahlen sind, werden insoweit erhöht, daß der Entbindungsbeitrag fünfzig Mark beträgt, die Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden bis zum Betrage von fünfundzwanzig Mark gewährt und das Wochengeld für zehn Wochen gezahlt wird.

II. **Familienhilfe.**

§ 10. — An Stelle des § 205 der Reichsversicherungsordnung treten folgende Vorschriften:

§ 205a.

Wochenhilfe erhalten auch die Ehefrauen sowie solche Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, wenn

1. sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. ihnen ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a nicht zusteht, und
3. die Versicherten im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind.

Als Wochenhilfe werden die im § 195a bezeichneten Leistungen gewährt; dabei beträgt das Wochengeld einundeinehalbe Mark täglich, das Stillgeld fünfundsiebzig Pfennig täglich. Die Satzung kann den Betrag des Wochengeldes und des Stillgeldes je bis auf die Hälfte des Krankengeldes der Versicherten erhöhen.

Wechseln die Versicherten während der Leistung der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit, so bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig.

Die §§ 195b, 195c, 195d, 196, 197, 199 gelten entsprechend.

Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamts bestimmen, wie weit von der Voraussetzung des Abs. 1 Nr. 1 abzusehen ist.

Sind mehrere Krankenkassen oder knappschaftliche Krankenkassen beteiligt, so ist die Wochenhilfe nur einmal zu gewähren. Die Wahl der Kasse steht der Wöchnerin frei. Der Krankenkasse im Sinne dieser Vorschrift steht eine Ersatzkasse gleich, soweit die Rechte und Pflichten ihrer Mitglieder bei deren Krankenkasse nach § 517 Abs. 1 ruhen.

§ 205b.

Die Satzung kann zubilligen:

1. Krankenpflege an solche Familienangehörige der Versicherten, welche darauf nicht anderweit nach diesem Gesetz Anspruch haben,
2. Sterbegeld beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes eines Versicherten. Es kann für den Ehegatten bis auf zwei Drittel, für ein Kind bis auf die Hälfte des Mitgliedersterbegeldes bemessen werden und ist um den Betrag des Sterbegeldes zu kürzen, auf das der Verstorbene selbst gesetzlich versichert war.

§ 205c.

Für den Übergang von Schadenersatzansprüchen berechtigter Familienmitglieder (§§ 205a, 205b) auf die Krankenkassen gilt § 1542 entsprechend.

§ 205d.

Die Leistungen der Kasse nach § 205a werden ihr durch das Reich zur Hälfte erstattet. § 197 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Die Kasse hat die verauslagten Beträge dem Versicherungsamte nachzuweisen; dieses hat das Recht der Beanstandung; das Oberversicherungsamt entscheidet darüber endgültig. Soweit die Kassen auf Grund des § 205c Ersatz erhalten, hat das Reich Anspruch auf Anrechnung der Hälfte.

Das Nähere über die Nachweisung, Verrechnung und Zahlung bestimmt das Reichsarbeitsministerium.

Die Kasse kann beantragen, daß ihr vom Reiche auf die ihm zur Last fallenden Leistungen ein Vorschuß bis zu dem Betrage gewährt wird, den die Kasse im voraufgegangenen Monat für das Reich verauslagt hat. Der Vorschuß ist bei der nächsten Verrechnung der geleisteten Zahlungen auszugleichen.

§ 11. — Der § 216 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden Wortlaut:

„Hat der Berechtigte im Inland Angehörige, denen Familienhilfe zusteht, so ist diese zu gewähren."

§ 12. — Sind in der Landwirtschaft Beschäftigte oder Dienstboten nach den §§ 418, 435 der Reichs-

versicherungsordnung von der Versicherungspflicht befreit, so gilt § 205a der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 10 dieses Gesetzes entsprechend. Der Arbeitgeber hat der Wöchnerin die im § 195a der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Leistungen aus eigenen Mitteln zu gewähren. Ferner gelten die §§ 205c, 224, 422 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 13. — Im § 500 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung wird Ziffer „205d" eingefügt. Hinter § 507 Abs. 1 Satz 1 ist einzufügen: „205d findet Anwendung."

§ 14. — (Weggefallen.)

III. **Beiträge.**

§ 15. — Der § 384 Abs. 2 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden Wortlaut:

„Kassen mit Familienhilfe nach § 205b können von den Versicherten mit Familienangehörigen einen Zusatzbeitrag erheben, den die Satzung allgemein festzusetzen hat."

§ 16. — In den §§ 386, 388 der Reichsversicherungsordnung werden die Worte: „viereinhalb vom Hundert" durch die Worte „siebeneinhalb vom Hundert", im § 267 Nr. 2, § 389 Abs. 1, § 390 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung die Worte: „sechs vom Hundert" durch die Worte: „zehn vom Hundert" ersetzt.

IV. **Wochenfürsorge.**

§ 17. — Minderbemittelte deutsche Wöchnerinnen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und für die nach den vorstehenden Vorschriften kein Anspruch auf Wochenhilfe besteht, erhalten aus Mitteln des Reichs eine Wochenfürsorge.

Sofern nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird, gilt eine Wöchnerin als minderbemittelt, wenn ihr und ihres Ehemanns Gesamteinkommen oder, sofern sie alleinsteht, ihr eigenes Einkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung den Betrag von viertausend Mark nicht überstiegen hat. Dieser Betrag erhöht sich für jedes vorhandene Kind unter fünfzehn Jahren um fünfhundert Mark.

§ 18. — Die Wochenfürsorge wird durch die Allgemeine Ortskrankenkasse, in deren Bezirk der gewöhnliche Aufenthaltsort der Wöchnerin liegt, und, wo eine solche Kasse nicht besteht, durch die Landkrankenkasse geleistet.

§ 19. — Als Wochenfürsorge werden die im § 195a der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 2 dieses Gesetzes bezeichneten Leistungen gewährt. Dabei beträgt das Wochengeld einundeinehalbe Mark, das Stillgeld fünfundsiebzig Pfennig täglich. Die §§ 195c, 195d der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 2 dieses Gesetzes gelten entsprechend.

§ 20. — Die Leistungen der Kasse werden ihr durch das Reich erstattet. § 197 Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 3 dieses Gesetzes gilt entsprechend.

Die Kasse hat die verauslagten Beträge dem Versicherungsamte nachzuweisen, dieses hat das Recht der Beanstandung, das Oberversicherungsamt entscheidet darüber endgültig.

Das Nähere über die Nachweisung, Verrechnung und Zahlung bestimmt das Reichsarbeitsministerium. § 205d Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 21. — (Weggefallen.)

§ 22. — Einer Satzungsänderung auf Grund der Vorschriften der §§ 17 bis 20 bedarf es für die Kassen nicht.

§ 23. — Für das Verfahren bei Streit zwischen den Empfangsberechtigten und den Kassen über die Leistungen nach den §§ 17 bis 19 gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Verfahren bei Streitigkeiten aus der Krankenversicherung; jedoch entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig; die §§ 1693, 1799 der Reichsversicherungsordnung gelten entsprechend.

Für die Leistungen und den Anspruch darauf gelten die §§ 118, 119, 210, 216, 217, 223, 224, 1531 bis 1533 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

Die Steuerbehörden haben den Kassen und den Versicherungsbehörden auf Anfordern Auskunft über die Verhältnisse der Wöchnerin oder ihres Ehemanns zu geben.

V. **Sonstige Vorschriften.**

§ 24. — Der § 425 der Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

Was nach §§ 420 bis 423 für das Krankengeld gilt, gilt auch für die anderen Barleistungen der Kasse mit Ausnahme der der Wochenhilfe und des Sterbegeldes.

§ 25. — Im § 1542 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

Dies gilt nicht bei Ansprüchen, die aus Schwangerschaft und Niederkunft erwachsen sind. Bei den gegen Unfallversicherten und ihren Hinterbliebenen gilt es nur insoweit, als es sich nicht um einen Anspruch gegen den Unternehmer oder die ihm nach § 899 Gleichgestellten handelt.

VI. **Schlußvorschriften.**

§ 26. — Soweit Gesetze und andere Rechtsnormen auf Vorschriften verweisen, welche dieses Gesetz ändert oder aufhebt, treten an deren Stelle die entsprechenden Vorschriften dieses Gesetzes.

§ 27. — Die Vorschriften des § 8 treten mit dem 10. Januar 1920 in Kraft.

Im übrigen tritt dieses Gesetz in seiner Fassung vom 26. September 1919 mit dem 1. Oktober 1919, in seiner Fassung vom 30. April 1920 mit dem 7. Mai 1920 in Kraft.

Wöchnerinnen, die vor dem 1. Oktober 1919 entbunden worden sind, erhalten von diesem Tage ab das Wochengeld und das Stillgeld nach diesem Gesetz in der Fassung vom 26. September 1919, jedoch abzüglich der zwischen dem Tage der Niederkunft und dem 1. Oktober 1919 liegenden Zeit. Steht der Wöchnerin für diese Zeit ein Anspruch auf Wochenhilfe nach anderen Vorschriften zu, so bewendet es bei diesen Vorschriften. Ist am 1. Oktober 1919 die Bezugsdauer für das Wochengeld oder das Stillgeld zwar nach diesen Vorschriften, nicht aber nach dem vorliegenden Gesetz abgelaufen, so sind der Wöchnerin diese Leistungen bis zum 1. Oktober 1919 weiterzugewähren.

Für Versicherungsfälle, die vor dem 7. Mai 1920 eingetreten sind, gelten die Vorschriften dieses Gesetzes in der Fassung vom 26. September 1919 weiter, soweit sie für die Wöchnerin günstiger sind.

Wöchnerinnen, die in der Zeit zwischen dem 1. Oktober 1919 und dem 7. Mai 1920 entbunden worden sind und als „nichtversicherungsfrei" keinen Anspruch auf Wochenhilfe nach § 205a der Reichsversicherungsordnung in der Fassung vom 26. September 1919 haben, steht der Anspruch vom Tage der Niederkunft ab zu, wenn sie den Voraussetzungen des § 205a in der Fassung vom 30. April 1920 zur Zeit der Niederkunft genügten.

C. Zur Unfallversicherung.

Zurechnung unfallbringender Tätigkeit zum Betriebe trotz verbotswidrigen oder unvernünftigen Verhaltens des Versicherten.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (Großen Senats) vom 20. Dezember 1919 (3034 Amtl. Nachr. 1920 S. 151).

... Zwar stellen die bezeichneten Akten des Landgerichts in C., insbesondere die darin enthaltene Niederschrift über die Beweisaufnahme vom 3. Juni 1916 und das Urteil der ersten Zivilkammer des bezeichneten Gerichts vom 20. Oktober 1916, Urkunden im Sinne des Gesetzes dar, welche die Berufsgenossenschaft erst nachträglich aufgefunden hat. Auch hat sie den Anfechtungsgrund ohne ihr Verschulden nicht schon in dem früheren Verfahren geltend machen können (§ 1725 RVO.). Es kann aber nicht anerkannt werden, daß die Urkunden eine der Berufsgenossenschaft günstigere Entscheidung herbeigeführt haben würden. Denn die durch die Zivilprozeßakten bewiesene Tatsache, daß der Verletzte am 17. Juni 1915 nicht, wie in dem damaligen Rekursverfahren angenommen ist, von der Straßenbahn infolge eines Ruckes heruntergefallen, sondern von dem in voller Fahrt befindlichen Wagen abgesprungen und dabei verunglückt war, kann eine abweichende Beurteilung des vorliegenden Falles nicht begründen. Das Verhalten des Verletzten, mag es auch sowohl gegen das allgemeine Verbot des Abspringens von einer fahrenden Straßenbahn als auch gegen vernünftige Überlegung verstoßen haben, steht seinem Entschädigungsanspruch nicht entgegen.

Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts über die Einwirkung eigenen Verschuldens der Verletzten auf das Zustandekommen von Unfällen hat sich stetig in einem für die Versicherten günstigeren Sinne entwickelt. Sie ging davon aus, daß nach der Ansicht des Gesetzes auch die Folge leichtsinnigen, selbst grobfahrlässigen Verhaltens entschädigt werden sollte, sofern der ursächliche Zusammenhang zwischen der unfallbringenden Tätigkeit und dem Betriebe gegeben war. Was insbesondere das verbotswidrige Handeln anlangt, so unterschied die Rechtsprechung ursprünglich zwischen Verboten und Vorschriften, die nur der Regelung und Beeinflussung der innerhalb des Betriebes sich vollziehenden Tätigkeiten galten, und solchen, welche den Betrieb abgrenzten oder ihn abzugrenzen geeignet waren. Während die Übertretung von Verboten der ersteren Art die Entschädigungsansprüche der Versicherten nicht berührte, wurde Zuwiderhandeln gegen die letzteren, sofern sie wirksam durchgeführt waren, als ein Hinausschreiten aus dem Bereiche des Betriebs und seiner Gefahren und als ein Sichloslösen des Versicherten vom Betrieb angesehen. Damit hinderte der Versicherte, wie angenommen wurde, die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs; denn die Gefahr habe dann als eine selbstgeschaffene und mit dem Betriebe nicht mehr ursächlich zusammenhängende zu gelten (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 2. Aufl. S. 35 Anm. 39 zu § 1 des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 und Rekursentsch. 1823, Amtl. Nachr. 1900 S. 777). Diese unterschiedliche Beurteilung eines verbotswidrigen Verhaltens hat der Erweiterte Senat in der Rekursentsch. 1963 (Amtl. Nachr. 1902 S. 674) beseitigt. Bei an sich zweifellos dem Betriebe zuzurechnenden Verrichtungen wollte er den zur Anerkennung eines Betriebsunfalls erforderlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Betrieb nicht dadurch als ausgeschlossen erachten, daß der Verletzte einem gehörig durchgeführten, zur Abgrenzung des Betriebs geeigneten Verbote zuwidergehandelt und dabei den Unfall erlitten habe. Da das Gesetz, abgesehen von dem auf Herbeiführung des Unfalls gerichteten Vorsatz, einen vom Verschulden des Versicherten ganz unabhängigen Anspruch einführen wollte, ließ sich nach Ansicht des Erweiterten Senats die Ausschließung dieses Anspruchs selbst bei bewußtem Übertreten eines auf Abgrenzung des Betriebs gerichteten Verbots durch einen im übrigen für den Betrieb tätigen Arbeiter nicht rechtfertigen (zu vgl. Handb. der UnfVers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 79 Anm. 32 zu § 1 GewUnfVersGes.). Diese Rechtsprechung betraf aber im wesentlichen nur Unfälle, die sich innerhalb des Gefahrenbereichs des Betriebs ereigneten, nicht dagegen Unfälle der Versicherten auf Betriebswegen und -reisen, auf denen weniger Verstöße gegen Verbote des Unternehmers als vielmehr gegen solche allgemeiner Art und gegen vernünftige Überlegung und Brauch in Frage kamen. Unfälle auf solchen Wegen wurden dann nicht als Betriebsunfälle anerkannt, wenn die Art der Fortbewegung in unangemessener Weise vor sich ging und nicht ordnungsmäßige Beförderungsmittel oder an sich ordnungsmäßige nicht sachdienlich benutzt worden waren. So ist wiederholt ein Betriebsunfall verneint worden in Fällen, in denen es sich um das Abspringen von einem fahrenden Straßenbahnwagen gehandelt hat (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 99 bis 102 Anm. 45 zu § 1 GewUnfVersGes., und insbesondere Rekursentsch. 2039, Amtl. Nachr. 1904 S. 346). Bei der Beratung der Reichstagskommission über den Entwurf einer Reichsversicherungsordnung wurde beantragt, dem § 575 des Entwurfs (§ 556 des Gesetzes) einen Absatz folgenden Wortlauts hinzuzufügen: „Fahrlässigkeit selbst grober Art oder verbotswidriges Handeln schließt den Ersatz des Schadens nach § 574 nicht aus." Der Antrag wurde damit begründet, daß das Reichsversicherungsamt den Anspruch eines Arbeiters, der auf einer Betriebs-

fahrt von der Straßenbahn abgesprungen und dabei verunglückt sei, abgewiesen habe, weil der Unfall durch verbotswidriges Handeln im Betriebe — das Abspringen von der Straßenbahn sei überall verboten — erfolgt sei. Ein Regierungsvertreter widersprach diesem Antrag und stellte zunächst richtig, daß sich die erwähnte Entscheidung des Reichsversicherungsamts — gemeint ist offenbar die oben angezogene Rekursentsch. 2039 — nicht auf verbotswidriges Handeln des Verletzten, sondern auf die nicht ordnungsmäßige Benutzung eines an sich statthaften Beförderungsmittels und die dadurch bedingte Lösung des Zusammenhanges mit dem Betriebe stütze. Er erörterte dann die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts auf dem bezeichneten Gebiet und wies nach, daß der Antrag weit über diese Rechtsprechung hinausginge, indem er die Frage, ob durch fahrlässiges oder verbotswidriges Handeln der Zusammenhang mit dem Betriebe gelöst werden könne, schlechthin verneine und hier den räumlichen und zeitlichen Zusammenhang allein entscheiden lasse. Trotz dieser Ausführungen nahm die Kommission den Antrag in erster Lesung an. In der zweiten wurde er wieder gestrichen, nachdem dem § 566 (§ 544 des Gesetzes) ein zweiter Absatz: „Verbotswidriges Handeln schließt die Annahme eines Betriebsunfalls nicht aus", hinzugefügt worden war. Von einem Regierungsvertreter wurde hierzu bemerkt, daß das Justizressort diese Regelung aus Gründen der juristischen Systematik angeregt habe. Der ganze in erster Lesung zu § 575 des Entwurfs beschlossene Absatz 2, auch soweit er sich auf Fahrlässigkeit beziehe, habe hiernach wegzufallen. Auf Anfrage bestätigte der Regierungsvertreter, daß eine sachliche Änderung damit nicht bezweckt werde (zu vgl. Verhandl. des Reichst. 12. Legisl. Per., 2. Sess., Bd. 279 S. 4792/93, 4788). Was der Gesetzgeber mit der jetzigen Fassung der in Frage kommenden Vorschriften beabsichtigt hat, läßt sich aus diesen Verhandlungen nicht mit voller Bestimmtheit entnehmen. Der Antrag war gestellt zu § 575 des Entwurfs, der von der Ausschließung des Entschädigungsanspruchs bei vorsätzlichem Herbeiführen des Unfalls handelt. Daher beruhte er vielleicht auf der irrigen Voraussetzung, daß nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts verbotswidriges oder fahrlässiges Handeln einen dem Vorsatz gleichen Ausschließungsgrund bilde. Wie dem auch sein mag, kann das Ergebnis, zu dem der Antrag schließlich geführt hat, nämlich die Einfügung eines Absatzes 2 zu dem vom Betriebsunfalle handelnden § 566 des Entwurfs (§ 544 des Gesetzes), nur bedeuten, den im Absatz 1 a. a. O. nicht näher festgelegten Begriff des Betriebsunfalls dahin zu begrenzen, daß bei Prüfung der Umstände, die für und gegen die Annahme eines Betriebsunfalls sprechen, die Frage des verbotswidrigen Handelns auszuscheiden hat. Da schon nach der damaligen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts Zuwiderhandeln gegen ein Verbot des Unternehmers der Zurechnung der unfallbringenden, im Betriebsinteresse gelegenen Tätigkeit zum Betriebe nicht entgegenstand, so lief der neue Absatz im § 544 RVO. zunächst auf eine gesetzliche Festlegung dieser Rechtsprechung hinaus. Seine Tragweite geht aber weiter. Denn da verbotswidriges Handeln schlechthin als einflußlos bezeichnet wird und da auch der in der Kommissionsverhandlung gestellte Antrag jedes eigene Verschulden der Versicherten beim Zustandekommen von Unfällen mit Ausnahme des Vorsatzes der rechtlichen Bedeutung entkleiden wollte, so liegt es im Willen des Gesetzgebers, durch die Vorschrift im § 544 Abs. 2 Verbote aller Art, auch strafrechtliche und Verbote Dritter, zu erfassen. Dafür spricht auch die Vorschrift im § 557 Abs. 1 RVO. über die Versagung des Schadenersatzes bei strafrechtlichen Verfehlungen. Sie hätte keinen Sinn, wenn beim Übertreten strafrechtlicher Verbote ein Betriebsunfall von vornherein ausgeschlossen wäre. Die vorstehend dargelegte Beurteilung der versicherungsrechtlichen Folgen eines verbotswidrigen Handelns hat aber bei folgerichtiger Entwicklung des gesetzgeberischen Gedankens auch bei anderen Fällen eigenen Verschuldens des Versicherten bei dem Zustandekommen von Unfällen Platz zu greifen. Besonders bei einem Verhalten, welches zwar nicht gegen ein ausdrückliches Gebot oder Verbot, aber doch gegen vernünftige Überlegung und Brauch verstößt. Vielfach wird es sich hier sogar um einen geringeren Grad des Verschuldens des Versicherten als beim bewußten Übertreten eines Gebots oder Verbots handeln. Es wäre unbillig, in solchen Fällen strengere Grundsätze anzulegen. Aus der Vorschrift des § 544 Abs. 2 RVO. und aus seiner Vorgeschichte läßt sich aber nicht die Ansicht herleiten, daß damit das Erfordernis eines ursächlichen Zusammenhanges des Unfalls mit dem Betriebe beseitigt werden und statt dessen fortan ein örtlicher und zeitlicher Zusammenhang genügen sollte. Mit dieser Auffassung wäre auch den Versicherten nicht gedient, da in zahlreichen Fällen auf Betriebswegen die zeitliche und örtliche Beziehung zum Betriebe fehlen wird. Vielmehr ist daran festzuhalten, daß Unfälle beim Betriebe nur solche sind, welche mit ihm in ursächlichem Zusammenhange stehen. Es bleibt somit auch nach der Reichsversicherungsordnung zu prüfen, ob eine unfallbringende Tätigkeit, die sich als schuldhaftes Handeln darstellt, dem Betriebe zuzurechnen ist oder nicht. Ersteres wird im allgemeinen anzunehmen sein, wenn der ursächliche Zusammenhang mit dem Betrieb auch sonst besteht. Nur dann wird die Zurechnung zum Betrieb abzulehnen sein, wenn besondere betriebsfremde Zwecke auf Absicht und Verhalten des Versicherten derart eingewirkt haben, daß die Beziehung jener Tätigkeit zum Betriebe bei der Bewertung der Un-

fallursachen als unerheblich ausgeschieden werden muß. Letzteres träfe zu, wenn beispielsweise ein Unfall sich ereignete, indem ein versicherter Arbeiter auf einem Betriebsweg in der Fabrik einen verbotenen Bezirk betritt, um sich mit seinem Mut zu brüsten, oder indem eine versicherte Arbeiterin auf einem Betriebsgang einen verbotenen Durchgang oder Lastenaufzug benutzt, um mit ihrem dort beschäftigten Liebhaber ein Stelldichein zu verabreden, oder wenn ein versicherter Monteur auf einer Betriebsreise aus dem in voller Fahrt befindlichen Selbstfahrer springt, um seine sportliche Gewandtheit zu zeigen. In allen diesen Fällen hätte zwar die Beschäftigung in dem oder für den Betrieb insofern bei der Entstehung des Schadens mitgewirkt, als sie die Gelegenheit dazu bot. Nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (zu vgl. Rekursentsch. 2585, Amtl. Nachr. 1912 S. 930) können jedoch als Ursache oder Mitursache im Rechtssinn nur Umstände angesehen werden, die zum Erfolge wesentlich mitgewirkt haben. Demgemäß würde bei jedem der oben angeführten Beispiele gegenüber dem **betriebsfremden Zwecke der unfallbringenden Tätigkeit der Betrieb selbst als ein unwesentliches, rechtlich nicht mehr beachtliches Glied in der Ursachenreihe anzusehen sein.**

Nach diesen Darlegungen läßt sich der Grundsatz der Rekursentsch. vom 10. Februar 1916 — Ia 7391/14 — in Sachen H. gegen die Knappschafts-Berufsgenossenschaft, daß mutwilliges und leichtfertiges Verhalten des Versicherten an sich geeignet sei, den Zusammenhang einer Tätigkeit mit dem Betrieb auszuschließen, in dieser allgemeinen Fassung nicht aufrechterhalten. Für den hier zu entscheidenden Fall folgt vielmehr aus dem Vorstehenden, daß das gegen vernünftige Überlegung und, wie angenommen werden kann, auch gegen ein Verbot verstoßende Abspringen des Verletzten von der in voller Fahrt befindlichen Straßenbahn der Zurechnung der unfallbringenden Tätigkeit zum Betriebe nicht entgegensteht. Denn es fehlt an jedem Anhalt, daß betriebsfremde Zwecke für das Verhalten und die Absicht des Verletzten irgendwie bestimmend gewesen sind. Letztere ging vielmehr offenbar nur dahin, den Weg nach der Wohnung abzukürzen, um dort die bessere Kleidung mit dem Arbeitsanzug zu vertauschen und sich alsdann wieder in die Fabrik zu begeben. Der Unfall des W. vom 17. Juni 1915 ist daher auch nach dem Sachverhalte, den die der Berufsgenossenschaft nachträglich bekanntgewordenen Akten ergeben, als Betriebsunfall anzuerkennen.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1920 S. 26 ff.)

Nr. 375. Rechercheure eines Detektivinstituts, die innerhalb des ihnen von dem Institute gegebenen Rahmens selbständig handeln, sind versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 376. Ein Erstattungsanspruch nach § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte besteht nicht, wenn die Versicherte nach § 390 a. a. O. von der eigenen Beitragsleistung befreit war.

Nr. 377. Hat die oberste Militärbehörde den ursächlichen Zusammenhang eines Leidens mit einer durch den Krieg herbeigeführten Dienstbeschädigung anerkannt, so sind die Instanzen der Angestelltenversicherung nicht berechtigt, diesen Zusammenhang auf Grund eines ärztlichen Gutachtens abzulehnen (§ 3 der Verordnung vom 26. Mai 1916, RGBl. S. 425).

Nr. 378. Die Reichsversicherungsanstalt kann ein Rechtsmittel auch zugunsten von Personen einlegen, die auf Grund des Versicherungsgesetzes für Angestellte einen Anspruch erheben.

Nr. 379. Der Anspruch auf Abfindung nach § 60 des Versicherungsgesetzes für Angestellte setzt für alle dort aufgeführten Personen voraus, daß sie mit der Versicherten zur Zeit ihres Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben.

Nr. 380. Künstler, die als außerordentliche Lehrer an einer staatlichen Kunstschule angestellt sind, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, wenn ihre Lehrtätigkeit ihnen ausreichende Zeit zur freien künstlerischen Tätigkeit läßt und sie eine solche auch tatsächlich ausüben.

Nr. 381. 1. In den Fällen des § 1 der Bekanntmachung, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges, vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531) werden die Beitragszeiten als solche auf Grund der Versicherungspflicht angerechnet.

2. Das gleiche gilt, wenn eine Ersatzkasse (§§ 372 ff. des Versicherungsgesetzes für Angestellte) in ihren Satzungen eine dem § 1 der Bekanntmachung vom 26. August 1915 entsprechende Bestimmung getroffen hat.

Nr. 382. Im Sinne der grundsätzlichen Entscheidung vom 15. Oktober 1919 — P. 67/19 — ist der Antrag auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung aus § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte rechtzeitig, wenn er bei oder in angemessener Frist nach dem Übertritt des Angestellten von der Ersatzkasse zur Reichsversicherungsanstalt gestellt wird.

Nr. 383. Der Rentenausschuß ist befugt, der im § 76 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vorgesehenen Zustimmung zum Aufenthalt des Berechtigten im Auslande rückwirkende Kraft beizulegen.

Nr. 384. Beiträge, die nicht nach § 208 des Versicherungsgesetzes für Angestellte beanstandet sind, können als Pflichtbeiträge oder als freiwillige Beiträge gelten. Welcher Art die Beiträge sind, richtet sich nach den Umständen des einzelnen Falles.

Nr. 385. Bei Berechnung der Wartezeit nach § 48 des Versicherungsgesetzes für Angestellte kann jeder Kalendermonat nur einmal gezählt werden, auch wenn für ihn auf Grund des § 177 a. a. O. von mehreren Arbeitgebern Beiträge entrichtet sind.

Nr. 386. Dadurch, daß zwischen der Verheiratung und dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung infolge von Stellenlosigkeit oder Teilnahme des Ehemannes am Kriege ein beträchtlicher Zeitraum liegt, wird der ursächliche Zusammenhang im Sinne des § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht ausgeschlossen.

Nr. 387. Der Anspruch auf Beitragserstattung nach § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist gegeben, auch wenn durch ungewöhnliche Hindernisse (Teilnahme des Ehemannes am Kriege, Unmöglichkeit, eine Wohnung zu finden und dergl.), die Begründung des gemeinsamen Haushalts hinausgeschoben wird und infolgedessen die Ehefrau erst längere Zeit nach der Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet.

Nr. 388. Die Verheiratung kann nach § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht schon dann als Ursache des Ausscheidens einer Versicherten aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung angesehen werden, wenn sie irgendwie zu dem Ausscheiden beigetragen hat, sondern sie muß dazu wesentlich mitgewirkt haben, so daß sie auch nach der Auffassung des Lebens vernünftigerweise als Ursache betrachtet wird.

E. Zur Militärversorgung.

Gesetz über die Versorgungsbehörden.

Vom 15. Mai 1920 (RGBl. S. 1063).

Die verfassunggebende Deutsche Nationalversammlung hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Die Durchführung des Reichsversorgungsgesetzes liegt im Verwaltungsverfahren den Hauptversorgungsämtern und den Versorgungsämtern ob.

§ 2. — Das Versorgungsamt besteht aus dem Leiter und den für die Bearbeitung der Sachen erforderlichen weiteren Beamten. Dem Versorgungsamte werden die erforderlichen Hilfskräfte beigegeben.

§ 3. — Das Hauptversorgungsamt besteht aus einem Direktor und den für die Bearbeitung der Sachen erforderlichen weiteren Beamten. Dem Hauptversorgungsamte werden die erforderlichen Hilfskräfte beigegeben.

Der Reichsarbeitsminister kann aus den Beamten des Hauptversorgungsamts einen ständigen Stellvertreter des Direktors ernennen, auf den im Behinderungsfalle dessen Obliegenheiten übergehen.

Das Hauptversorgungsamt hat die obere Leitung des Versorgungswesens für seinen Bezirk.

§ 4. — Die sachliche und örtliche Zuständigkeit der Hauptversorgungsämter und der Versorgungsämter wird durch Verordnung des Reichsarbeitsministers geregelt.

Der Reichsarbeitsminister bestimmt den Sitz und die Bezirke der Hauptversorgungsämter und der Versorgungsämter, erläßt die Dienstanweisungen für sie und führt die oberste Dienstaufsicht.

Nach näherer Anordnung des Reichsarbeitsministers können im Falle des Bedarfs an Orten außerhalb des Sitzes der Versorgungsämter Versorgungssprechtage eingerichtet werden.

§ 5. — Die Bestimmungen der Behörden, denen die erstmalige Neufeststellung der nach den früheren Militärversorgungsgesetzen festgestellten Versorgungsgebührnisse auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes obliegt, erfolgt durch den Reichsarbeitsminister.

§ 6. — § 26 Abs. 2 des Militärhinterbliebenengesetzes vom 17. Mai 1907 (RGBl. S. 214) wird wie folgt geändert:

Eine den §§ 19 bis 25 entsprechende Kriegsversorgung kann gewährt werden:

1. . . . . usw. wie bisher.

Gesetz, betreffend Abänderung der Verordnung der Reichsregierung über Änderung des Verfahrens in Militärversorgungssachen vom 1. Februar 1919 (RGBl. S. 149).

Vom 15. Mai 1920 (RGBl. S. 1064).

Die verfassunggebende Deutsche Nationalversammlung hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

I.

Artikel II der Verordnung der Reichsregierung über Änderung des Verfahrens in Militärversorgungssachen vom 1. Februar 1919 (RGBl. S. 149) wird wie folgt geändert:

1. Im § 3 Abs. 2 ist an die Stelle der Worte „einem Vertreter der Militärverwaltung" zu setzen: einer von der Reichsverwaltung (Reichsarbeitsminister) bestellten, im Versorgungswesen erfahrenen Person.

2. Im § 5

a) im Abs. 2 ist an die Stelle der Worte „zwei Vertreter der Militärverwaltung, und zwar einem Offizier und einem höheren Beamten der Militärverwaltung" zu setzen:
zwei von der Reichsverwaltung (Reichsarbeits-

minister) bestellten, im Versorgungswesen erfahrenen Personen,

b) als Abs. 3 ist einzufügen:

Mit dem Vorsitz können bis auf weiteres auch andere ständige Mitglieder des Reichsversicherungsamts durch den Reichsarbeitsminister beauftragt werden.

3. Im § 6 Abs. 2 ist an die Stelle der Worte „drei Vertreter der Militärverwaltung, und zwar zwei Offiziere und einem höheren Beamten der Militärverwaltung“ zu setzen:
drei von der Reichsverwaltung (Reichsarbeitsminister) bestellten, im Versorgungswesen erfahrenen Personen.

4. Der § 7 ist zu streichen.

5. Im § 10 Abs. 3 ist als Satz 2 einzufügen:
Ist auch hiernach eine Zuständigkeit nicht gegeben, so bestimmt der Reichsarbeitsminister das zuständige Berufungsgericht.

6. Im § 11 treten an die Stelle der Absätze 2 und 3 folgende Vorschriften:

Der Rekurs ist ausgeschlossen, wenn durch den Bescheid eine für eine Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit um nicht mehr als 30 vom Hundert gewährte Rente wegen wesentlicher Veränderung der Verhältnisse gemindert oder entzogen worden ist. Dies gilt nicht, wenn durch den Bescheid zugleich ein Antrag auf Erhöhung der Rente zurückgewiesen worden ist. Hat der Kläger im Berufungsverfahren an Stelle der Minderung oder Entziehung die Erhöhung der Rente beantragt, so ist die Entscheidung des Berufungsgerichts auch über den Erhöhungsantrag endgültig. Ist durch den Bescheid zugleich über Ansprüche anderer Art entschieden worden, so ist der Rekurs insoweit zulässig.

Die Vorschriften des Abs. 2 gelten entsprechend, wenn eine nach den früheren Militärversorgungsgesetzen festgestellte Teilrente von nicht mehr als 30 vom Hundert erstmalig auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes neu festgestellt wird.

Der Rekurs ist ferner ausgeschlossen, wenn es sich um
1. Heilbehandlung und Heilanstaltspflege,
2. Krankengeld,
3. Hausgeld,
4. Sterbegeld,
5. Elternrente
handelt, es sei denn, daß der ursächliche Zusammenhang des Schadens mit einer Dienstbeschädigung streitig ist.

Der Rekurs ist endlich ausgeschlossen, wenn es sich lediglich um die Gebühren und außergerichtlichen Kosten des Verfahrens handelt.

7. Der § 14 ist durch folgende neue Vorschrift zu ersetzen:
§ 14. — Der Reichsfiskus wird im Spruchverfahren durch die zuständige oberste Reichsbehörde vertreten. Diese kann unbeschadet ihrer eigenen Vertretungsmacht die Vertretung einer nachgeordneten Stelle übertragen.

Das Reichs-Militärversorgungsgericht ist befugt, die zuständige oberste Reichsbehörde um eine Äußerung zu ersuchen und zum Verfahren zuzuziehen.

8. Im § 16 Abs. 2 ist Satz 1 durch folgende Vorschrift zu ersetzen:
Die Gebühr in dem Verfahren vor den Militärversorgungsgerichten beträgt drei bis einhundert Mark, in dem Verfahren vor dem Reichs-Militärversorgungsgericht fünf bis zweihundert Mark.

9. Im § 18 ist als Abs. 2 einzufügen:
Von der Einziehung der Gebühren kann abgesehen werden, wenn die Beitreibung sich als eine besondere Härte darstellt.

II.

Artikel III der Verordnung der Reichsregierung über Änderung des Verfahrens in Militärversorgungssachen vom 1. Februar 1919 (RGBl. S. 149) wird wie folgt abgeändert:
§ 1703a Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

Zur Verhandlung und Entscheidung der Sache sind in diesem Falle aus den Beisitzern des Reichs-Militärversorgungsgerichts eine von der Reichsverwaltung (Reichsarbeitsminister) bestellte, im Versorgungswesen erfahrene Person und eine versorgungsberechtigte aus dem aktiven Militärdienst ausgeschiedene Person, die der Präsident des Reichs-Militärversorgungsgerichts bezeichnet, als weitere Beisitzer zuzuziehen.

A n m e r k u n g: Die durch dieses Gesetz abgeänderte Verordnung v. 1. 2. 19 ist abgedruckt in ArbVers. 1919 S. 131; Ausführungsbestimmungen hierzu: daselbst S. 172 bis 174, 234 bis 236. — Zu vgl. die Aufsätze von F u i s t i n g daselbst S. 141 ff., 181 ff.

Sprechsaal.

Führung des Krankenbuches bei Krankenkassen in Kartenform.

Zu dem Aufsatz in Heft 9 S. 175 möchte ich folgendes bemerken: Daß die Führung des Krankenbuches auch in Kartenform geschehen **k a n n**, ergibt sich zweifelsfrei aus § 1 Abs. 2 der Bestimmungen des Reichskanzlers vom 9. Oktober 1913 (ArbVers. S. 750). Es muß nur Sorge getragen werden, daß ein so geführtes Krankenbuch über jeden, mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankungsfall alle Angaben enthält, die in §§ 8 bis 12 a. a. O. für die Führung eines Krankenbuches vorgeschrieben sind.

Der Verfasser nimmt an, daß sich aus der zweiten Fußnote zu Muster 4 der erwähnten Bekanntmachung — wonach alle in das Geschäftsjahr fallenden Krankheitstage zu zählen sind — praktisch die Einrichtung eines Kranken**b u c h e s**, das diese Aufrechnung ermögliche, bedinge. Dies kann aber die Zulässigkeit der Führung des Krankenbuches in Kartenform nicht aufheben. Schon in der Anweisung vom 4. Mai 1917, betreffend die Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Betriebs- (Fabrik-), Bau- und Innungskrankenkassen, sowie der Gemeindekrankenversicherungen des Regierungsbezirkes Düsseldorf im § 10 Ziff. 6 ist folgendes ausgeführt:

„§ 6. Für größere Kassen empfiehlt es sich, das Krankenbuch nach Buchstaben geordnet einzurichten oder es — neben einer einfachen Nachweisung der Krankenmeldungen, aus der die Dauer der Erkrankung hervorgeht, und in der auch die Erstattungsfälle (nach Vorschrift der Ziffer 4) besonders ersichtlich gemacht werden müssen — in Kartenform zu führen (vgl. § 4 Ziff. 2 und 3).“

Ob sich die Führung des Krankenbuches in Kartenform für eine größere Ortskrankenkasse empfiehlt, läßt sich allerdings nicht ohne weiteres behaupten; m. E. wäre allein schon aus betriebstechnischen Gründen der Führung in Buchform der Vorzug zu geben. Ich denke dabei an den vielerorts in die Erscheinung tretenden zahlenmäßig hohen Wechsel der Arbeitsstellen, der großen Zahl der Zu- und Abgänge und den aus anderen Gründen getrennt von dem Mitgliederbestande aufbewahrten Personal- oder Mitgliedskarten. Es wäre allerdings trotzdem rechtlich zulässig, die Angaben, die für das amtlich vorgeschriebene Krankenbuch erforderlich sind, auch schon bei der Mitgliederkartothek vorzusehen. Bei einer großen Kasse außer der bestehenden noch eine besondere Kartothek als Krankenbuch zu führen, würde ich nicht befürworten. Aber aus den von mir vorher angedeuteten Schwierigkeiten würde für größere Kassen praktisch die Einrichtung eines Krankenbuches vorzuziehen sein, denn die Zählung der Krankheitstage aus einer stets beweglichen großen Mitglieder-Kartothek ist mit vielen Unannehmlichkeiten und Zufälligkeiten verknüpft. Dieses System empfiehlt sich aber auch schon deshalb nicht, weil die Karten bei der weitgehenden Spezialisierung nach den amtlichen Vorschriften sehr groß und daher unhandlich werden würden (vgl. auch Lehmann, Rechnungsführung der Krankenkassen S. 16). Für eine größere Kassenverwaltung, bei der das Krankenbuch in Buchform geführt wird, würde es genügen, wenn auf der Mitgliedskarte bei Erkrankungsfällen die Krankenbuch-Nummer, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die Art der Erkrankung (Krankheit) und der Name des behandelnden Arztes angegeben würde. Dadurch wird ein sicheres Nachschlagewerk bei späteren Prüfungen und Nachfragen gewonnen und erheblicher Zeitaufwand erspart. Diese Angaben auf der Mitgliedskarte lassen sich beliebig erweitern, je nachdem das für erforderlich erachtet wird. Der Übersichtlichkeit wegen kann es auch empfohlen werden, die Mitgliedskarten für arbeitsunfähig Kranke bis zur Gesundmeldung aus der Kartothek zu entnehmen. Für diese Zeit wird an deren Stelle eine Auskunft- oder Hinweis- (Steck-) Karte eingefügt, die darüber Auskunft gibt, daß sich die Karte im Krankenbestand befindet. Dadurch sind die im Abfertigungsdienst tätigen Angestellten stets in der Lage, den Krankenbestand leicht zu ermitteln.

Für kleinere Kassenverwaltungen würde sich die Frage, ob eine besondere Krankenkartothek an Stelle des Krankenbuches geführt werden soll, ob die Krankenkartothek trotzdem in Verbindung mit der Mitgliedskarte geführt werden kann, oder die vorherige Anregung dem vorzuziehen ist, aus dem Umfang der Kasse, deren Mitgliederzahl und den gemachten Erfahrungen von selbst ergeben.

Eine Vorschrift darüber, daß die gewährten Leistungen fortlaufend (ich verstehe dabei die Eintragung jeden Wochenbetrages an erhobenem Kranken- usw. Geld u. a.) einzutragen sind (vgl. die ursprüngliche Anfrage in ArbVers. 1919 S. 510 ff.), besteht nicht. Nach der Vorschrift des § 9 soll der für jeden Krankheitsfall gezahlte Betrag (nur Barleistungen sind gemeint) aus dem Krankenbuch ersichtlich sein. Es ist also nicht erforderlich, jede (wöchentliche usw.) Zahlung in das Krankenbuch einzutragen, es genügt, sobald der Krankheitsfall abgeschlossen ist, die Tage, für die Krankengeld gezahlt worden ist, und die Zahlungen an Kranken- usw. Geld zusammenzuzählen und diese Endsummen in das Krankenbuch einzutragen. Entsprechend kann auch bei Zahlung von Krankenhauspflegekosten verfahren werden. Übrigens ist die Bestimmung darüber, daß das Krankenbuch Auskunft über den Betrag für jeden Krankheits- und Sterbefall geben soll, nur eine Soll-Vorschrift; es bleibt also den Kassen überlassen, inwieweit sie hier den Weisungen der Verordnung folgen will. Soweit mir bekannt, wird das soeben angeführte Verfahren bei vielen, insbesondere kleineren Kassen, gehandhabt und für durchaus zureichend erachtet. Es versteht sich aber von selbst, daß größere Kassen mit einer solchen Gesamtbuchung für ihren Geschäftsbetrieb nicht auskommen, vielmehr für jede Zahlung einen besonderen Kassenbeleg ausstellen und auch im Krankenbuch eintragen, den Krankheitsfall aber erst bei Beendigung der Leistungen abschließen und aufrechnen. Eine Handhabe dafür, daß das Krankenbuch jährlich neu anzulegen ist, kann die im § 9 a. a. O. nur das Einnahme- und Ausgabebuch gegebene Bestimmung nicht bieten.

Nach einer Bekanntm. des Reichskanzlers vom 26. Mai 1916 (ArbVers. S. 471) sind die Krankenbücher mindestens zehn Jahre aufzubewahren, dabei beginnt die Aufbewahrungsfrist mit dem Schlusse desjenigen Geschäftsjahres, auf welches sich die letzte Eintragung in dem Kassenbuche bezieht. Entsprechend würde diese Bestimmung auch für die Krankenkarte gelten, wo eine solche statt des Krankenbuches geführt wird.

D. Reucher, Abteilungsvorsteher
bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Düsseldorf.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Regelung der Sozialversicherung in den vom Deutschen Reich abgetrennten Gebieten.

Hierüber entnehmen wir dem Bericht des Reichsversicherungsamts für 1919 folgendes:

Der Friedensvertrag, den das Jahr 1919 gebracht hat, ohne daß seine Bestimmungen bis zum Ablauf des Jahres 1919 in Kraft getreten sind, hat auch der deutschen Sozialversicherung die schwere Aufgabe auferlegt, sich den veränderten Verhältnissen anzupassen. Durch die im Vertrage vorgesehenen Abtrennungen deutschen Gebiets und den daraus folgenden Verlust deutscher Volkskräfte wird auch die Reichsversicherung in ihrem Geltungs- und Betätigungsbereich empfindlich betroffen. Die Zahl der unter die Versicherung fallenden Personen und der beitragspflichtigen Betriebe und Arbeitgeber wird erheblich verringert; die Tätigkeit der deutschen Aufsichts- und Spruchbehörden sowie der deutschen Versicherungsträger hört in den abzutretenden Gebieten voraussichtlich mit dem Inkrafttreten des Friedensvertrags auf. Soweit es sich um Elsaß-Lothringen und Teile der Provinz Posen handelt, ist ein Teil dieser Folgen durch die tatsächlichen Verhältnisse, die dem Inkrafttreten des Friedensvertrags oder dem Abschluß dieses Vertrags selbst vorausgegangen sind, schon vorweggenommen worden. Der Ausgleich zwischen den alten deutschen und den vermutlich an ihre Stelle tretenden neuen fremden Versicherungsträgern und die Sicherstellung der Ansprüche der Versicherten ist durch die Artikel 77, 312 des Friedensvertrags nur allgemein

und unvollständig, auch nur einseitig geregelt. Es werden Sonderabkommen über alle wichtigen Fragen, die sich aus der Abtretung deutscher Gebietsteile für die Sozialversicherung ergeben, zu schließen sein. Ebenso wird ein Abkommen über die künftige Gestaltung der Sozialversicherung im Saargebiet, das Bestandteil des Deutschen Reichs, also Inland im Sinne der deutschen Gesetze verbleibt, herbeizuführen sein (zu vgl. § 24 der Anlage zu Artikel 50 des Friedensvertrags).

Zur Vorbereitung der dieserhalb mit den beteiligten Staaten zu führenden Verhandlungen haben im Reichsarbeitsministerium und Reichsversicherungsamt unter Zuziehung von Vertretern der gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und ihrer Verbände mehrfache Beratungen über die zu beachtenden Grundsätze und Richtlinien stattgefunden. Auch sind bei den beteiligten Versicherungsträgern statistische und andere Arbeiten eingeleitet worden, um die im Friedensvertrage vorgesehenen Abtretungen und Auseinandersetzungen vorzubereiten.

Im Reichsversicherungsamt ist für die Regelung der Rechtsverhältnisse in den abzutretenden Gebieten ein besonderer Ausschuß gebildet, von dem alle diese umfangreichen und mannigfaltigen Geschäfte bearbeitet werden.

Von den Berufsgenossenschaften haben diejenigen, welche in Elsaß-Lothringen ihren Sitz haben (die Textil-Berufsgenossenschaft für Elsaß-Lothringen, die drei dortigen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und die Südwestliche Baugewerks-Berufsgenossenschaft), ihre Tätigkeit auch unter der französischen Verwaltung, und zwar unter Aufsicht des von dieser neu gebildeten Generalversicherungsrats fortgesetzt. Für die rechtsrheinischen (badischen) Sektionen der Südwestlichen Baugewerks-Berufsgenossenschaft ist wegen der Unmöglichkeit der Aufrechterhaltung einer einheitlichen Verwaltung von dem bisherigen Sitze der Berufsgenossenschaft in Straßburg aus ein besonderer Genossenschaftsvorstand mit dem Sitze in Karlsruhe gebildet worden.

Auf Anordnung der französischen Regierung sind ferner für die anderen deutschen Berufsgenossenschaften, deren Geschäftskreis sich auf Elsaß-Lothringen erstreckt, Zwangsverwalter eingesetzt worden, und zwar für die Knappschafts-Berufsgenossenschaft und die Südwestdeutsche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft Oberstleutnant Deville in Metz und für die übrigen Berufsgenossenschaften der bisherige Geschäftsführer der Südwestlichen Baugewerks-Berufsgenossenschaft Ungerer in Straßburg. Gegen Jahresschluß ist auch für die Südwestliche Baugewerks-Berufsgenossenschaft, die bis dahin einer Zwangsverwaltung nicht unterlag, der Rechtsanwalt Mechling in Straßburg zum Zwangsverwalter bestellt worden. Die Zwangsverwalter sollen einerseits die Interessen der deutschen Berufsgenossenschaften gegenüber ihren Mitgliedern in bezug auf die diesen Berufsgenossenschaften zustehenden Beiträge für das Jahr 1918 und auf rückständige Beiträge aus Vorjahren, anderseits die Interessen dieser Mitglieder und der Versicherten gegenüber den Berufsgenossenschaften wahren. Aus den unter Zwangsverwaltung gestellten Geldern und Vermögenswerten sollen Ansprüche der Versicherten, die als berechtigt anzuerkennen sind, gedeckt und, wenn erforderlich, Postvorschüsse gezahlt werden, bis die für Elsaß-Lothringen neu zu gründenden Träger der Unfallversicherung selbst in der Lage sein werden, die Pflichten, die bisher den deutschen Berufsgenossenschaften oblagen, zu erfüllen. Wie weiter bekannt geworden ist, wird zum Zwecke späterer Abrechnung für jede Berufsgenossenschaft ein Konto geführt, auf dem die eingezogenen Beiträge für 1918 als Einnahme und die für Rechnung jeder Berufsgenossenschaft gezahlten Beträge als Ausgabe aufgeführt werden. Inzwischen sollen die Gewerbszweige der in Elsaß-Lothringen vertretenen deutschen Berufsgenossenschaften in fünf neue gewerbliche Berufsgenossenschaften zusammengefaßt worden sein, die die Entschädigung der seit dem 1. Januar 1919 eingetretenen Unfälle übernommen haben.

Mit der Frage des Ersatzes der in Belgien und Frankreich entstandenen Kriegsschäden, für die das Deutsche Reich nach dem Friedensvertrag aufkommen muß, hat sich auch das Reichsversicherungsamt auf Ersuchen der Reichsentschädigungskommission befaßt. Unter Zugrundelegung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die bei Betriebsunfällen zu gewährenden Entschädigungen hat das Reichsversicherungsamt der Reichsentschädigungskommission eine ins einzelne gehende Aufstellung über die Grundsätze für die Entschädigung der Personenschäden geliefert und ihr so einen Überblick über die Höhe des etwa zu leistenden Ersatzes ermöglicht.

Die reichsgesetzlichen Vorschriften über Krankenversicherung, Wochenhilfe, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie über Angestelltenversicherung sind durch Verordnung des Reichsministeriums vom 31. Mai 1919 (RGBl. S. 509) auf deutsche Schiffsbesatzungen auch dann für anwendbar erklärt worden, wenn das Seefahrzeug zur Durchführung der mit den Gegnern des Deutschen Reichs vereinbarten Waffenstillstandsbedingungen der Kontrolle und der Flagge der feindlichen Staaten unterstellt ist (zu vgl. §§ 1046 und 163 der Reichsversicherungsordnung). Der Reichsarbeitsminister ist ermächtigt, weitere Bestimmungen zur Durchführung der Versicherung zu erlassen. Das Reichsversicherungsamt ist bei den Erörterungen, die zu dieser Maßnahme führten, und die auch die Versicherung deutscher Seeleute auf feindlichen Wohnschiffen und in feindlichen Sammellagern betrafen, beteiligt gewesen.

Vorarbeiten für eine Bilanz der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Die Reichsversicherungsanstalt wird in nächster Zeit eine versicherungstechnische Bilanz aufstellen, um den unmittelbaren Einfluß des Krieges auf ihre finanzielle Lage zu ermitteln und über die Frage zu entscheiden, ob eine Verbesserung der Leistungen ohne Erhöhung der Beiträge stattfinden kann.

Bei dieser Gelegenheit sollen die in den Händen der Angestellten befindlichen Versicherungskarten nachgeprüft, die Kriegsdienstzeiten festgestellt und etwaige Ersatztatsachen vermerkt werden. An der Hand der hier geführten Beitragskonten wird dann jedem Angestellten ein Kontoauszug erteilt. Damit diese gewaltige Arbeit (es handelt sich um etwa zwei Millionen Kontoauszüge) im Laufe dieses Jahres geschafft werden kann, will die Reichsversicherungsanstalt ihre Versicherten zur Mitarbeit heranziehen.

Die Versicherten werden deshalb in ihrem eigenen Interesse von der Reichsversicherungsanstalt dringend ersucht, die ihnen demnächst durch die Hand ihrer Arbeitgeber zugehenden Antragsvor-

drucke für die Erteilung der Kontoauszüge genau auszufüllen und umgehend an die Reichsversicherungsanstalt einzusenden.

Versicherten, die gegenwärtig nicht mehr der Versicherungspflicht unterliegen oder stellenlos sind, wird angeraten, die Vordrucke bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 193/195, abzufordern.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Zum Rechte der Ärzte auf Eintragung in das Arztregister nach dem „Berliner Abkommen".

1. Nach P. Antwort: Wir halten die Entscheidung des Schiedsamts (Oberversicherungsamts) für richtig. Nach Ziff. 1 des Berliner Abkommens wird ein Arztregister eingerichtet, in das sich jeder Arzt eintragen lassen kann. Diese Bestimmung, die dem einzelnen Arzte ein nur von seiner Entschließung, Kassenpraxis zu betreiben, abhängiges Recht auf Eintragung gibt, ist unter I der Ausführungsbestimmungen über das Arztregister wiederholt. Wenn dort bemerkt ist, daß der Antrag auf Eintragung u. a. auch angeben soll, ob die „Bewerbung", d. h. die Bereiterklärung zur Kassenpraxis, für eine bestimmte Kasse erfolgt, so folgt daraus nichts weiter, als daß auch hierüber ein Vermerk in das Register aufzunehmen ist. An der zwingenden Vorschrift, daß jeder Arzt „sich eintragen lassen kann", daß er also auf seinen Antrag eingetragen werden muß, wird dadurch nichts geändert. Für eine vorgängige Äußerung der Kassen über den Antrag und für eine Entscheidung des Registerausschusses ist erst Raum, wenn die Auswahl eines anzustellenden Arztes aus der Zahl der eingetragenen Ärzte in Frage steht. Es war also fehlerhaft, daß das Versicherungsamt die Kassen überhaupt mit dem Antrage befaßt und daß dann der Registerausschuß „die Zulassung" des Arztes abgelehnt hat. Mit Recht hat auf seine Beschwerde das Schiedsamt den Beschluß aufgehoben.

Maßgebender Grundlohn für die Grenze der Erstattungspflicht nach § 197 RVO.

2. Nach Neiße. Frage: In Heft 11 S. 219 Ziff. 1 dies. Jahrg. soll für die Grenze der Erstattungspflicht nach § 197 Abs. 2 RVO. derjenige Grundlohn maßgebend sein, nach dem die Wöchnerin beim Austritt aus der erstattungspflichtigen Kasse versichert war. Das Reichsversicherungsamt hat jedoch in seiner Entscheidung vom 18. Oktober 1915 (IIa K E 36/15) dargelegt, daß die nach § 197 in Anspruch genommene Kasse im Höchstfalle nur den Betrag zu erstatten hat, den sie selbst als Wochenhilfe zu gewähren hätte, wenn die Wöchnerin zur Zeit der Niederkunft noch bei ihr versichert wäre. Hiernach sind also für die Begrenzung diejenigen Verhältnisse maßgebend, die am Tage der Niederkunft, nicht beim Ausscheiden aus der Kasse, für die Leistungen an Wochenhilfe bei der erstattungspflichtigen Kasse die Grundlage bildeten, so daß für alle nach dem 30. September 1919 erfolgten Entbindungen nicht geringere als die in § 195 RVO. erwähnten Leistungen — 50 *M* Entbindungskosten, ein Wochengeld von mindestens 1,50 *M* täglich auf zehn Wochen und ein Stillgeld von mindestens 75 ₰ täglich auf zwölf Wochen — in Rechnung gebracht werden dürfen. Wird dennoch die erwähnte Auskunft aufrechterhalten?

Antwort: Ja! Denn die Berufung auf jene Entscheidung des RVA. trifft auf die von Ihnen hervorgehobenen Verhältnisse zu, nicht aber auf den Grundlohn. Das für die Bestimmung der Erstattungsgrenze maßgebende Gesetz ist das zur Zeit der Niederkunft geltende. Gleiches gilt von der Satzung. Der Grundlohn aber hängt eng mit der Mitgliedschaft, mit dem ihr zugrunde liegenden Beschäftigungsverhältnisse zusammen. Für eine im Zeitpunkt der Niederkunft bereits aus der Kasse ausgeschiedene Wöchnerin gilt überhaupt kein Grundlohn, und es kann daher nur der Grundlohn in Betracht gezogen werden, der für sie als Kassenmitglied zuletzt maßgebend war.

Angestellte einer Betriebskrankenkasse sind als solche nicht Handlungsgehilfen.

3. Nach Neugersdorf. Antwort: Ein kaufmännischer Angestellter oder, wie das Gesetz sagt, ein Handlungsgehilfe ist, „wer in einem Handelsgewerbe zur Leistung kaufmännischer Dienste gegen Entgelt angestellt ist" (§ 59 HandGesB.). Die Angestellten einer Betriebskrankenkasse als solche sind danach, auch wenn der Unternehmer ein Handelsgewerbe betreibt, nicht Handlungsgehilfen, weil die Betriebskrankenkasse kein Handelsgewerbe und weil die Führung der Krankenkassengeschäfte keine „kaufmännische" Dienstleistung ist. Nur wenn die Angestellten etwa zugleich im Handelsgewerbe mit kaufmännischen Diensten beschäftigt werden, können sie als Handlungsgehilfen des Unternehmers angesehen werden (zu vgl. die Entsch. in ArbVers. 1919 S. 54). Der Umstand aber, daß der Angestellte der Krankenkasse ein „gelernter Kaufmann" ist, ist ohne jede Bedeutung, da nicht die Art der Vorbildung, sondern die Art der Beschäftigung entscheidet.

Wochenhilfe auf Grund der Kriegsverordnungen ist seit 1. Oktober 1919 erhöht.

4. Nach Hermülheim. Frage: Nach § 24 Abs. 1 des Gesetzes vom 26. September 1919 treten die Vorschriften der §§ 8 und 9 mit der Beendigung des Krieges in Kraft. Diese Vorschrift ist durch § 14 des Gesetzes vom 20. April 1920 dahin abgeändert, daß § 8 mit Wirkung vom 10. Januar 1920 in Kraft tritt. § 9 ist im letztgenannten Gesetz unerwähnt geblieben. Wir sind der Ansicht, daß als Tag des Inkrafttretens dieses Paragraphen der 1. Oktober 1919 anzusehen ist. Es ist sicherlich doch nicht die Absicht des Gesetzgebers gewesen, diejenigen

Personen, die einen Anspruch auf Grund der Kriegsverordnungen haben, schlechter zu stellen als diejenigen, deren Ansprüche sich auf das Gesetz vom 26. September 1919 gründen. Ist unsere Auffassung richtig? Waren in den auf Grund der Kriegsverordnungen entstandenen Ansprüchen die in § 9 bezeichneten erhöhten Leistungen vom 1. Oktober 1919 ab zu gewähren?

Antwort: Beide Fragen sind zu bejahen. Das ergibt sich klar aus der Begründung zu § 14 des Änderungsgesetzes. Dort heißt es: Bei Erlaß des Gesetzes vom 26. September 1920 habe nicht die Absicht bestanden, die Kriegsteilnehmer und ihre Angehörigen schlechter zu stellen. Wenn § 24 den § 9 mit Kriegsende in Kraft treten lasse, so sei davon ausgegangen worden, daß dieses vor dem 1. Oktober 1919 eintreten werde. Da diese Erwartung sich nicht bestätigt habe, müsse im § 24 die Anführung des § 9 gestrichen werden. „Damit tritt die Erhöhung der Wochenhilfe auch für diejenigen Wöchnerinnen schon mit dem 1. Oktober 1919 in Geltung, welche die Leistung auf Grund der Verordnungen über die Kriegswochenhilfe zu beziehen haben.“

Erstattung des Unfallzuschusses durch den Unternehmer oder die Berufsgenossenschaft (§§ 573, 576 RVO.)?

5. **Nach Rüstringen (Oldbg.).** Antwort: Der Unternehmer hat der Krankenkasse den sogen. Unfallzuschuß (§ 573 RVO.) nur dann zu ersetzen, wenn dem Verletzten eine Entschädigung nicht über die 13. Woche hinaus zu leisten ist. Das ergibt sich zweifelsfrei aus § 576 Abs. 1 Satz 1 RVO. Wenn eine Entschädigung über die 13. Woche hinaus zu leisten ist, hat die Genossenschaft (deren Leistungspflicht mit der 14. Woche beginnt, § 558) jenen Ersatz zu leisten. Die Praxis der Kasse, sich in allen Fällen wegen des Unfallzuschusses an den Unternehmer zu halten und ihm die Einziehung des Betrages von der Genossenschaft zu überlassen, ist ungesetzlich.

Zur Anwendung des neuen Gesetzes über Wochenhilfe usw. auf ältere Fälle.

6. **Nach Sensburg.** Antwort: Im § 17 Abs. 2 des Abänderungsgesetzes vom 30. April 1919 zum Gesetz über Wochenhilfe usw. ist ausdrücklich bestimmt, daß für Versicherungsfälle, die vor Inkrafttreten des neuen Gesetzes eingetreten sind, die Vorschriften des Gesetzes vom 26. September 1919 weiter gelten, soweit sie für die Wöchnerin günstiger sind, das heißt: wenn die Wöchnerin im einzelnen Falle bei Anwendung des älteren Gesetzes günstiger steht als bei Anwendung des neuen. Das neue Gesetz ist nicht, wie Sie annehmen, am 30. April 1920, sondern am 7. Mai 1920 in Kraft getreten (zu vgl. § 17 Abs. 1 des neuen Gesetzes und Anmerkung S. 293 im Heft 15 der ArbVers. von 1920). Wenn nun eine „minderbemittelte“ Wöchnerin, die vor dem 7. Mai 1920 entbunden ist, nach § 4 Abs. 2 Ziff. 3 des neuen Gesetzes keinen Anspruch auf Familienwochenhilfe hat, weil sie die vorgängige Versicherungszeit von sechs Monaten nicht erfüllt hat, so kann man nicht ohne weiteres sagen, daß sie bei Anwendung des älteren Gesetzes günstiger steht, weil dieses die Zurücklegung einer solchen Wartezeit als Voraussetzung für den Anspruch auf Familienhilfe nicht erforderte. Denn sie hat ja, wenn nicht den Anspruch auf Familienhilfe, so doch den Anspruch auf Wochenfürsorge. Aber dieser letztere Anspruch gibt ihr die Leistungen nach § 195a RVO. nur mit einem festbestimmten Wochengelde von 1,50 ℳ und einem festbestimmten Stillgelde von 75 ₰ (§ 19 Ges. v. 26. September 1919), während bei der Familienwochenhilfe eine satzungsmäßige Erhöhung dieser Beträge zugelassen ist (§ 205a RVO.). Nur wo die Satzung hiervon Gebrauch gemacht hat, steht also die Wöchnerin nach dem alten Gesetze günstiger, so daß dieses anzuwenden, also Familienwochenhilfe (nicht Wochenfürsorge) zu gewähren ist. Hat die Satzung aber bei der Familienwochenhilfe jene Sätze von 1,50 ℳ und 75 ₰ beibehalten, so gilt auch für die vor dem 7. Mai 1920 entbundene Wöchnerin das neue Gesetz, wonach sie mangels Zurücklegung einer Versicherungszeit von sechs Monaten keinen Anspruch auf Familienwochenhilfe, sondern auf Wochenfürsorge hat.

Betrieb eines Erwerbsgeschäftes durch die Frau eines Kassenangestellten.

7. **Nach N.** Antwort: Wenn die Dienstordnung für die Angestellten der Krankenkasse bestimmt, daß ein regelmäßiger Nebenerwerb nur mit Genehmigung des Vorstandes gestattet ist, so ist es eine Frage der Auslegung, ob nach der Absicht der Kassenorgane, welche die Dienstordnung aufgestellt haben, und des Oberversicherungsamts, das sie genehmigt hat, von jener Bestimmung auch der Betrieb eines Erwerbsgeschäftes durch die Ehefrau des Angestellten betroffen werden soll. Wir sind geneigt, die Frage zu bejahen, also die Genehmigung für erforderlich zu erachten, wie dies auch für gemeindliche Beamte angenommen wird (zu vgl. v. Dulßig, Preuß. Disziplinargesetz, Anm. 11a zu § 1). Denn die Absicht einer solchen Bestimmung ist vermutlich die, daß der Beamte nicht nur seine Arbeitskraft möglichst ungeschmälert für das Amt bereithalten, sondern daß er auch vor einer Vermögensgefährdung, die seinem Ansehen schaden und seine Pflichttreue auf harte Proben stellen könnte, möglichst bewahrt werden soll. Nach dem gesetzlichen Güterrecht ist das eingebrachte Vermögen der Frau der Verwaltung und Nutznießung des Mannes unterworfen (§§ 1363, 1364 BGB.). In dieser Nutznießung aber kann er wesentlich beeinträchtigt werden, wenn die Frau mit seiner Einwilligung ein selbständiges Erwerbsgeschäft betreibt; denn in diesem Falle haftet das eingebrachte Vermögen der Frau für ihre Schulden aus dem Geschäftsbetrieb ohne Rücksicht auf das Nutznießungsrecht des Mannes (§§ 1405, 1412 BGB.). Daher kann auch die Kasse ein Interesse daran haben, die Verhältnisse zu prüfen und ein Recht der Genehmigung oder Versagung in Anspruch zu nehmen, wie wenn der Angestellte selbst das Gewerbe betreiben wollte. Gerechtfertigt aber wird die Versagung der Genehmigung nur dann sein, wenn die Verhältnisse eine Gefährdung des Kasseninteresses wirklich und ernstlich besorgen lassen.

Befreiung der Hofbeamten von der Krankenversicherungspflicht (§ 170 Abs. 2 RVO.).

8. **Nach Dessau.** Antwort: Nach § 2 Abs. 2 der Verordnung vom 3. 2. 19 (ArbVers. 1919 S. 125) gilt der § 170 Abs. 2 RVO. jetzt nicht mehr für alle Beschäftigten, sondern nur noch für die „Beamten“ der bisherigen Hof- usw. Verwaltungen. Wenn eine solche Verwaltung ihre bisherigen Beamten mit ⅞ ihrer Bezüge auf Wartegeld setzt, sie aber gleichwohl

weiter beschäftigt, ihnen dafür das restliche ⅛ der bisherigen Bezüge gleichfalls weiter zahlt und sie, unter Angabe dieses Achtels als Entgelt, zur Krankenkasse meldet, so sieht das einer Umgehung des Gesetzes sehr ähnlich, und es erscheint uns gerechtfertigt, daß die Kasse dies nicht gelten lassen will, sondern jene Beamten als Mitglieder der Kasse mit einem Grundlohn in Anspruch nimmt, der sich nach dem Betrage der vollen ⁸/₈ der Bezüge bemißt. Denn eine Befreiung nach § 170 Abs. 2 RVO. ist schon deshalb nicht eingetreten, weil die ehemalige Hofverwaltung den nach § 170 erforderlichen Antrag nicht gestellt hat; und da in Wahrheit die frühere Beschäftigung gegen das volle Gehalt nebst der vollen Teuerungszulage fortgesetzt wird, so ist die bloße Bezeichnung jener ⅞ als Wartegeld ohne rechtliche Wirkung. Die gesamten Bezüge sind als Entgelt im Sinne des § 160 RVO. anzusehen und bei Feststellung des für Beiträge und Kassenleistungen maßgebenden Grundlohns zu berücksichtigen.

Anspruch des Versicherten auf Kosten eines notwendigen Passes für die Reise zum Arzt.

9. Nach Dieburg. Frage: Ein Kassenmitglied, das im unbesetzten Gebiet wohnt, wurde zur vertrauensärztlichen Untersuchung geladen. Der Vertrauensarzt wohnt im besetzten Gebiet, daher hatte das Mitglied einen Paß notwendig. Die Unkosten des Passes betrugen 9 ℳ. Das Mitglied verlangt Erstattung dieser Kosten von der Krankenkasse. Ist die Kasse hierzu verpflichtet?

Antwort: Selbstverständlich muß die Kasse die notwendigen Kosten der von ihr angeordneten Maßnahme tragen (ArbVers. 1917 S. 22 Ziff. 6). Hierzu gehören auch die Kosten des Passes, ohne den die Reise nicht ausführbar war.

Ersatzanspruch der Kasse gegen einen Dritten wegen falscher Krankenbehandlung. — Wochenfürsorge für die unbemittelte Tochter bemittelter Eltern.

10. Nach Vacha. Antwort: a) Auch wenn der Zahntechniker kein Arzt ist, so mußte er sich doch bei einiger Aufmerksamkeit sagen, daß die reine Carbolsäure schädlich sein müsse, oder durfte sie bei einiger Aufmerksamkeit nicht verwechseln. Er handelte also fahrlässig und haftet daher dem Verletzten gemäß § 823 BGB. für den Schaden. Der Ersatzanspruch des Verletzten ist aber gemäß § 1542 RVO. auf die Krankenkasse insoweit übergegangen, als sie jenem nach der RVO. Leistungen zu gewähren hat. Hierbei bestimmt sich das Maß des Ersatzes gemäß § 1503 (§ 1542 RVO.). Der Anspruch ist bei dem außerordentlichen Gerichte geltend zu machen.

b) Als unbemittelt im Sinne des Gesetzes vom 26. 9. 19 hat jede Wöchnerin zu gelten, die nicht das im § 17 des Gesetzes bezeichnete Mindesteinkommen gehabt hat. Auf das Einkommen der Eltern der unverheirateten Wöchnerin kommt es nicht an. Ist diese außerstande, sich selbst zu unterhalten, so hat sie gegen die Eltern nach näherer Vorschrift der §§ 1601 ff. BGB. Anspruch auf Unterhaltsgewährung, und dieser Anspruch ist auf das Reich in Höhe der von ihm zu erstattenden Beträge übergegangen (§ 21 Abs. 2 des Gesetzes). Diese Vorschrift ist nun inzwischen durch § 12 des neuen Gesetzes vom 30. 4. 20 aufgehoben worden (ArbVers. Heft 15 S. 291); und da das neue Gesetz sich keine Rückwirkung beilegt, könnte der Zweifel auftauchen, ob nicht der bereits eingetretene Rechtsübergang auf das Reich in Kraft bleibt. Wir möchten die Frage verneinen. Die Aufhebung des bisherigen § 21 bezweckt, die Schwierigkeiten zu beseitigen, die sich bei der praktischen Durchführung der Vorschrift ergeben hatten. Man darf daher wohl unterstellen, daß es diesem Zwecke des neuen Gesetzes entspricht, auch die bereits begründeten Erstattungsansprüche des Reichs aus § 21 Ges. v. 26. 9. 19 zu beseitigen.

Rücklage bei Auflösung einer Betriebskrankenkasse.

11. Nach Oschersleben. Antwort: Regelmäßig soll auch eine Betriebskrankenkasse eine Rücklage bilden — Ausnahmen können durch die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamts für angeordnete Bau-Betriebskrankenkassen zugelassen werden (§§ 364, 249 RVO.). Die Rücklage soll eine Sicherheit für Fälle außerordentlichen Bedarfs bilden. Es kann natürlich der Fall eintreten, daß sie infolge unvorhergesehener Ausgaben aufgebraucht wird. Bei der Auflösung sind die Geschäfte abzuwickeln (§ 301 RVO.), also auch Schulden zu bezahlen. Auch hierbei kann die Rücklage aufgebraucht werden. Glaubt die Kasse, welcher Mitglieder der aufgelösten überwiesen worden sind, daß der zu überweisende Vermögensbetrag nicht richtig berechnet sei, so steht ihr gegen die Zuweisung die Beschwerde beim Oberversicherungsamt zu (§ 303 RVO.).

Anrecht auf Ruhegehalt als Voraussetzung der Versicherungsfreiheit nach § 169 Abs. 2 RVO.

12. Nach Berlin. Antwort: Die Angestellten sind im Recht. Der Nachtrag zur Dienstordnung spricht es ja ausdrücklich aus, daß den Angestellten ein Anrecht auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge nicht gewährt wird, daß sie sich vielmehr insoweit selbst zu versichern haben und daß die Krankenkasse nur die an den Versicherungsverein zu leistenden Beiträge trägt. Eine Anstellung mit Anrecht auf Ruhegehalt setzt sprachlich und begrifflich voraus, daß der Anstellende, also die Krankenkasse selbst das Ruhegehalt gewähren muß. In diesem Sinne ist die Voraussetzung nach § 359 RVO. vom preuß. Handelsminister aufgefaßt worden (ArbVers. 1918 S. 270, 271, am Schlusse), und nicht anders darf sie bei Anwendung des § 169 Abs. 2 verstanden werden. Hiernach sind die Angestellten nicht versicherungsfrei.

Beitragspflicht bei Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft.

13. Nach Viersen. Antwort: Die Beiträge sind für die Zeit bis zum Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft zu entrichten. Diese erlischt nach § 314 Abs. 1 RVO., sobald der zweite Zahltag, an dem spätestens gezahlt werden müßte, ohne Zahlung verstrichen ist. Bis zu diesem Tage sind also die Beiträge, deren Nichtzahlung das Erlöschen der Mitgliedschaft bewirkte, nachzuzahlen, und die Kasse kann sie zwangsweise beitreiben lassen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1285 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 1. Juli 1920 | Heft 19

Die Anpassung der Unfallrenten an die Geldentwertung.

Von Bürgermeister Friedrich Kleeis in Aschersleben

Während die Kranken- und die Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung in den letzten Jahren wiederholte Abänderungen zu dem Zwecke erfahren haben, die Versicherungsleistungen auf die so grundstürzend veränderten wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse einzustellen, ist auf dem Gebiete der Unfallversicherung nach dieser Richtung so gut wie noch nichts geschehen. Dabei besitzt aber gerade dieser Versicherungszweig Einrichtungen, die eine solche Anpassung besonders dringend erheischen, wenn seine Fürsorge für die Versicherten nicht gänzlich bedeutungslos werden soll. Es ist auffällig, daß die Unfallversicherung eine solche Neugestaltung noch nicht erfahren hat, und man ist fast versucht, anzunehmen, daß der Grund in der Verwaltungsform dieser Versicherung zu finden ist.

Es wäre ein Kapitel für sich, auf die immer wieder hervortretenden Behauptungen einzugehen, daß die Abschätzung der Unfallfolgen immer ungünstiger für die Versicherten wird. Ich will mich nur mit der allgemeinen Feststellung begnügen, daß es tatsächlich für eine ganze Reihe von Verletzungen (wie z. B. gewisse Fingerverletzungen), die früher entschädigt wurden, heute überhaupt eine Rente nicht mehr gibt, und daß für eine Anzahl anderer Unfallschäden der Grad der mit ihnen verbundenen Erwerbsunfähigkeit geringer angeschlagen wird. Diese Auffassung wird auch durch die Statistik der Unfallentschädigung gestützt.

Die Höhe der Unfallrente richtet sich aber neben dem Maße der Erwerbsunfähigkeit nach dem Entgelt, den der Verletzte während des letzten Jahres im Betriebe bezogen hat (Jahresarbeitsverdienst). Aber gerade hier besteht nach den gegenwärtigen gesetzlichen Vorschriften eine Einrichtung, die mit jedem Tag verhängnisvoller wird. Nach § 563 RVO. wird nämlich der Jahresarbeitsverdienst, soweit er 1800 M. übersteigt, nur mit einem Drittel angerechnet. Wer z. B. einen Jahresarbeitsverdienst von 5400 ℳ erzielt (bei der heutigen Geldentwertung ist das tatsächlich bei den meisten Arbeitern der Fall), dem werden nur 1800 ℳ voll, die übrigen 3600 ℳ nur zu einem Drittel, also mit 1200 ℳ angerechnet, so daß zur Rentenberechnung nur 3000 ℳ herangezogen werden. Je höher die Löhne steigen — und sie gehen heute schon in vielen Fällen über den angegebenen Betrag weit hinaus — um so ungünstiger wird dieses Verfahren für die Verletzten. Nehmen wir an, ein Versicherter wird durch Betriebsunfall gänzlich arbeitsunfähig, so erhält er nach § 559 RVO. eine „Vollrente" von zwei Dritteln des anrechnungsfähigen Jahresarbeitsverdienstes; um bei unserem Beispiel zu bleiben, also von 2000 ℳ. Damit kann er heute unmöglich sein Dasein fristen, noch dazu, wenn er eine Familie zu erhalten hat. Wird ein Verletzter nur teilweise erwerbsunfähig, so erhält er den Teil der Vollrente, der dem Maße der Einbuße an Erwerbsfähigkeit

entspricht (Teilrente). Häufig wird der Verlust eines Beines oder Armes nur als eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um 50 v. H. angesehen. Solchenfalls werden bei dem Jahresarbeitsverdienst von 5400 *M* nur Teilrenten von 1000 *M* gewährt. Noch ungünstiger wird für den Verletzten das Bild bei geringeren Verletzungen. Für den vollständigen Verlust eines Auges wird z. B. meist nur eine Erwerbsminderung um 25 v. H. angenommen, die ihm (nach obigem Jahresarbeitsverdienst) eine Rente von 500 *M* einbringt, wofür er sich vielleicht gerade ein Paar Stiefel kaufen kann.

Lehrreichen Aufschluß über die hier erörterte Frage gibt uns noch die Statistik. Im Jahre 1892 entfiel in der gesamten staatlich-organisierten Unfallversicherung auf einen in demselben Geschäftsjahr entschädigungsberechtigt gewordenen Unfall der Betrag von 180,52 *M* im Durchschnitt. Infolge des oben angedeuteten Entwickelungsganges der Unfallversicherung (sparsamere Abschätzung der Unfallfolgen) verminderte sich dieser Durchschnittsbetrag auf 145,39 *M* im Jahre 1900. Es trat dann wieder eine langsame Steigerung dieser Durchschnittsbeträge ein, und zwar auf 166,50 *M* im Jahre 1912. Sie war eine Folge der fortgesetzten allgemeinen Lohnsteigerungen, vor allem aber der inzwischen (im Jahre 1901) eingetretenen Erhöhung der Grenze des vollanzurechnenden Jahresarbeitsverdienstes von ursprünglich 1200 *M* auf 1500 *M*. Trotz der inzwischen eingetretenen ganz gewaltigen Geldentwertung erhöhte sich der Durchschnittsbetrag für einen entschädigungsberechtigt gewordenen Unfall auf nur 185,42 *M* im Jahre 1917. Auch hier spielt die mit der Einführung der Reichsversicherungsordnung weiter hinaufgeschobene Grenze des in voller Höhe anzurechnenden Jahresarbeitsverdienstes auf 1800 *M* eine große Rolle. Im Jahre 1902 betrug bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften der durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst eines Versicherten 818 *M*. Wenn sich der Durchschnittsbetrag für einen entschädigten Unfall auf 150,81 *M* stellte, so sind das annähernd 20 v. H. Im Jahre 1912 war jener durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst 952 *M*, so daß die Unfallentschädigung von 157,87 *M* rund 16 v. H. ausmachte. Von dem Jahresarbeitsverdienst von rund 1800 *M* im Jahre 1917 bilden die Entschädigungen von 186,20 *M* je Fall nur etwa 10 v. H. Dabei bildet gerade das Jahr 1902 — wie wir vorher zeigten — einen Tiefstand in der Rentengewährung, während anderseits die großen Lohnsteigerungen erst *nach* dem Jahre 1919 eintraten. Trotzdem *verminderte* sich in dem fünfzehnjährigen Zeitraum von 1902 bis 1917 die verhältnismäßige Unfallentschädigung — in dem auch noch die ständig verteuerte Heilbehandlung eingerechnet ist — um die *Hälfte* ihres Betrages! Gegenüber dem Jahre 1892, in dem der Jahresarbeitsverdienst durchschnittlich 648 *M* und die Entschädigungen 30 v. H. desselben betrugen, ist *eine Verminderung auf ein Drittel eingetreten*.

Noch ungünstiger ist die Lage der Verletzten in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung. In dieser werden die Renten — abgesehen von den Betriebsbeamten und Facharbeitern — nach § 936 RVO. nach einem Jahresarbeitsverdienst berechnet, der einheitlich für alle Versicherten bestimmter Bezirke und Altersstufen vom Oberversicherungsamt festgesetzt wird. Es war schon immer das Unglück dieser Festsetzungen, daß sie den tatsächlichen Verhältnissen nicht entsprachen. Während des Krieges sind die Sätze, soweit sie schon vor dem 1. August 1914 festgesetzt waren, durch einheitlich hinzuzurechnende Zuschläge etwas erhöht worden, doch entsprechen sie immer noch so wenig wie früher den tatsächlichen Verhältnissen. Nach der Bundesratsverordnung vom 30. September 1918 betrug der Zuschlag 30 v. H., nach der vom 6. August 1919 ist er auf 60 v. H. erhöht. Im Jahre 1892 entfiel auf einen zu entschädigenden landwirtschaftlichen Betriebsunfall der Durchschnittsbetrag von 96,19 *M*. Er verminderte sich auf 77,85 *M* im Jahre 1900 und stieg sodann auf 78,97 *M*

im Jahre 1912 und 85,39 *M* im Jahre 1917. Er ist also schon in seinem absoluten Betrage zurückgegangen, geschweige denn in seinem verhältnismäßigen. Dabei sei daran erinnert, daß Renten für Erwerbsminderungen von weniger als 10 v. H. schon immer nach dem Gesetz nicht gewährt wurden, und daß man überhaupt in der Verwaltung und Rechtsprechung bestrebt war, die kleinen Renten in Wegfall zu bringen. Im Jahre 1917 wurden in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung an zusammen mit den aus den Vorjahren vorhandenen 355 445 Verletzten 26 564 157 *M* an Renten ausgezahlt. Es beträgt also durchschnittlich jährlich eine solche Rente etwa 78 *M*.

Wie die wirtschaftlichen Verhältnisse heute liegen, haben die Renten in der Unfallversicherung recht geringe soziale Bedeutung. Da die Gewährung von Entschädigungen auf Grund der Unfallversicherung die Hilfe anderer Versicherungszweige, namentlich der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, so gut wie ausschließt, so erhalten die Verletzten auch keine anderweitigen Zuschüsse aus der sozialen Versicherung. Allerdings sind seit dem Jahre 1918 Teuerungszulagen auch zu den Verletztenrenten eingeführt worden, die zuerst 8 *M* im Monat betrugen und seit dem 1. Oktober 1919 auf 20 *M* monatlich erhöht worden sind. Diese Zulagen stehen aber nur jenen Verletzten zu, die eine Rente von 66⅔ v. H. und mehr der Vollrente beziehen und außerdem noch „bedürftig" sind. Ihre Zahl ist sehr gering. Im Jahre 1918 wurden an 21 000 Personen derartige Zulagen im Betrage von noch nicht ganz 1¾ Mill. *M* gewährt. Dabei ist zu bedenken, daß im Jahre 1918 zusammen 1 114 612 Personen aus der Unfallversicherung Bezüge in Höhe von 191 Mill. *M* erhielten. Die Aufbesserung ist also eine ganz minimale. Sie muß unbedingt ausgestaltet werden.

Ist die nur beschränkte Anrechnung des wirklichen Jahresarbeitsverdienstes schon für die Arbeiter eine Härte, so ist sie es noch mehr für die Betriebsbeamten, Werkmeister und sonstigen versicherten Angestellten, für die sie in derselben Weise angewendet wird. Im Gegensatz zu den Arbeitern, die immer ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Verdienstes versichert sind, waren die Betriebsangestellten bis zum Kriegsausbruch im allgemeinen nur versicherungspflichtig, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst nicht den Betrag von 5000 *M* überstieg. Hierin haben, entsprechend der gesetzlichen Möglichkeit (§ 548 Ziff. 3 RVO.) die meisten Berufsgenossenschaften eine Änderung eintreten lassen, indem sie diese Versicherungsgrenze erheblich hinaufsetzten, meist auf 8000, aber auch auf 10 000 *M* und mehr. Ganz abgesehen davon, daß auch diese Grenzen heute vielfach überschritten sind, ist den Angestellten wegen jener Kürzung ihres Jahresarbeitsverdienstes bei einer Rentenberechnung nur wenig geholfen. Ihre sonstige wirtschaftliche Besserstellung kommt bei der Entschädigung eines Unfalles kaum zum Ausdruck.

Ein weiterer wesentlicher Mangel der gegenwärtigen Rentengewährung besteht darin, daß der einmal bei der ersten Rentenfestsetzung berechnete Jahresarbeitsverdienst für alle Zeiten so bestehen bleibt. Die Folge ist, daß die früher vor dem Kriege nach den niedrigen Jahresarbeitsverdiensten ermittelten Renten in dieser alten Höhe weiter bestehen und keine Neufestsetzung vorgenommen wird. Wer etwa vor zehn Jahren einen Jahresarbeitsverdienst von 1200 *M* erzielte — und wie obige Ziffern zeigen, kam ein großer, wenn nicht der größte Teil der Arbeiter nicht darüber hinaus — der erhielt für gänzliche Arbeitsunfähigkeit eine Vollrente von 800 *M*, die er auch heute noch bezieht, — vorausgesetzt, daß die Berufsgenossenschaft nicht wegen Besserung der Verhältnisse, insbesondere wegen Gewöhnung an die Unfallfolgen eine erhebliche Rentenkürzung vorgenommen hat. Hierbei sei festgestellt, daß ein erheblicher Teil der Renten infolge der ihnen zugrunde liegenden schweren Unfallfolgen für recht lange Zeiträume zu gewähren ist. Die Zahl dieser langlebigen Renten ist wesentlich höher, als

gewöhnlich angenommen wird. Im Jahre 1917 wurde noch rund ein Viertel solcher Renten gewährt, die bis zum Jahre 1900 festgesetzt worden waren. Dafür einige nähere Beispiele: Die Nahrungsmittel-Berufsgenossenschaft gewährte im Jahre 1917 noch 23 v. H. solcher Renten, die im Jahre 1889 bestimmt worden waren, die Tiefbau-Berufsgenossenschaft noch 20 v. H., die Bayrische Baugewerks-Berufsgenossenschaft noch 13, die Süddeutsche Textil-Berufsgenossenschaft noch 19 usw. Von den jetzt zu zahlenden Renten ist der weitaus größte Teil schon vor dem Kriege festgesetzt. Er leidet daher auch unter der den gegenwärtigen Lohn- und Geldverhältnissen so gar nicht entsprechenden Berechnung.

Die Kehrseite dieser Entwicklung ist, daß die Berufsgenossenschaften eine wesentliche geldliche Entlastung erfahren haben. Wenigstens im Verhältnis zu den Lohnsummen, die von den Unternehmern umgesetzt werden. Da die Löhne die Grundlage der Berechnung sind, müßte eigentlich der für Entschädigungen aufgewendete Teil der Ausgaben der Berufsgenossenschaften im Vergleich zu den Gesamtausgaben immer der gleiche sein. Näher läge sogar eine Steigerung, da die Ausgaben für ärztliche Behandlung, Heilmittel usw. ja ständig in die Höhe gegangen sind. Statt dessen ist ein Rückgang eingetreten. Auf 1000 *M* Lohnsumme berechnet, verminderten sich in dem kurzen Zeitraum von 1915 zu 1918 die Aufwendungen an Entschädigungen bei der Sächsisch-Thüringischen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft von 9 auf 5 *M*, Nordöstliche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft von 10 auf 4 *M*, Schlesische Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft von 17 auf 9 *M*. Bei der Knappschafts-Berufsgenossenschaft verminderte sich die Gesamtunfallversicherungsentschädigung auf 1000 *M* Lohnsumme berechnet von 28,44 *M* im Jahre 1910 auf 19,21 *M* im Jahre 1918. Bei der Südwestdeutschen Eisen-Berufsgenossenschaft verminderte sich von 1915 zu 1918 die auf den Kopf der versicherten Person berechneten Entschädigungen von 39 auf 22 *M*. Bezogen auf 1000 *M* Lohnsumme nahm die Entschädigung von 20 auf 9 *M* ab. Besser kann wohl der Krebsgang der Unfallversicherung nicht belegt werden.

Wie ist nun eine Beseitigung all dieser Mängel möglich? Von den verschiedenen lautgewordenen Verbesserungsvorschlägen holt am weitesten aus derjenige von Reichsgerichtsrat A. Zeiler in der „Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft" 1920, Heft 1, der als Parallele zu den jetzt so vielfach geforderten „gleitenden Löhnen" so etwas wie „gleitende Renten" verlangt. Er spricht von der Notwendigkeit, dafür Sorge zu tragen, daß künftighin die sozialen Renten jeder Art jeweils streng der durchschnittlichen Entwicklung des Volkswohlstandes und der Kaufkraft des Geldes angepaßt bleiben. Daß auch für sie die jährliche Anpassung gelten müsse, sei leicht einzusehen. Über die versicherungstechnische Möglichkeit und Durchführung seines Planes zerbricht sich Zeiler nicht weiter den Kopf. Mehr beschäftigt er sich schon mit dem Kostenpunkt. Er meint, die Beiträge müssen so bemessen werden, daß die dadurch anzuhäufenden Geldmittel für die Renten auch in ihrem Ansteigen nach der Forderung der „selbsttätigen Anpassung" jederzeit volle Deckung gewähren. Ein solcher Aufbau scheine keine Schwierigkeiten zu machen. Auch wenn sich eine starke Steigerung der heutigen Beitragshöhe ergeben würde, sei die Forderung der selbsttätigen Anpassung auch der sozialen Renten unabweisbar, dafür müßten die Mittel beschafft werden. Die Lage, in die die soziale Versicherung unter der Wirkung der Kriegswirtschaft geraten sei und die gequälte Mühe, in dieser verzwickten Lage Rat und Hilfe zu schaffen, sei ein überwältigender Beleg dafür, daß wir vor einem unlösbaren Widerspruche in unserem Wirtschaftsleben stehen, solange die Forderung nicht durchgeführt sei: Was sonst geschaffen werde, mit Flickwerk und Schiebung, sei so was wie eine verschämte Bankerotterklärung des ganzen Aufbaues. — So schön auch diese

Absichten auf Einführung der „gleitenden Renten" sind, so stehen ihrer Ausführung doch wenigstens jetzt unüberwindbare Schwierigkeiten entgegen. Es müßten die gesamten Grundlagen der Versicherung geändert werden.

Von den im Augenblick durchführbaren Maßnahmen ist die dringendste, jene 1800 ℳ-Grenze für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes zu beseitigen oder hinaufzusetzen. Für die Notwendigkeit einer solchen Grenze ist ein stichhaltiger Grund nicht einzusehen. Ihre Wirkung ist eine gewisse Gleichmacherei. Behält man eine Grenze bei, ist sie nach dem heutigen Geldwert nicht auf weniger als 10 000 ℳ festzusetzen. Vielleicht ließe sich auch darüber reden, sie für bestimmte Berufs- oder Versicherten-Gruppen verschieden zu gestalten. In den verschiedenen Gewerbezweigen sind doch die Durchschnittslöhne äußerst ungleich; ebenso in den verschiedenen Versicherten-Gruppen, wie Angestellten, ungelernten und weiblichen Arbeitern. Man könnte vielleicht daran denken, einen „gleitenden" Maßstab in dem Sinne einzuführen, daß nur das voll angerechnet wird, was sich für die Berufs- usw. Gruppe im letzten Kalenderjahr als durchschnittlicher Jahresarbeitsverdienst ergeben hat. Überschießende Beträge können zur Hälfte in Anrechnung kommen.

Eine Änderung bedarf unter allen Umständen auch § 544 Abs. 1 Ziff. 2 RVO., wonach Betriebsbeamte der Unfallversicherung nur unterliegen, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst nicht 5000 ℳ übersteigt. Die Satzung der Berufsgenossenschaft kann nach § 548 Ziff. 3 diese Gehaltsgrenze allerdings erhöhen, und es wurde während des Krieges vom Reichsversicherungsamt wiederholt empfohlen, eine solche Hinaufsetzung vorzunehmen. Wir können nicht feststellen, ob alle Berufsgenossenschaften hiervon Gebrauch gemacht haben. Jedenfalls steht aber soviel fest, daß die Erhöhungen, die meist nur bis zu 8000 ℳ, teilweise bis 10 000 ℳ gingen, den heutigen Geldverhältnissen bei weitem nicht mehr entsprechen. Übrigens hat der § 563 RVO., wonach der den Betrag von 1800 ℳ übersteigende Jahresarbeitsverdienst nur mit einem Drittel angerechnet wird, auch auf die Betriebsbeamten Anwendung. Diese trifft die Bestimmung besonders schwer.

Schwieriger ist die Frage der Auffüllung der früher vor dem Kriege festgesetzten Renten zu lösen. Der Verband der Berufsgenossenschaften hat sich — nach Zeitungsmitteilungen — ebenfalls mit der Angelegenheit beschäftigt und eingesehen, daß die gegenwärtigen Zustände unhaltbar sind. Der Verband hat der Regierung Verbesserungsvorschläge überreicht. Sie halten an dem eingeführten System der Zulagen fest, die aber in ihrer Höhe den heutigen Verhältnissen nicht mehr gerecht würden. Nach den Vorschlägen sollen in Zukunft die Zulagen schon alle jene Rentenempfänger mit einer Erwerbsminderung von 50 v. H. aufwärts erhalten, ebenso die Waisen und älteren Witwen der durch Betriebsunfall Getöteten. Die Zulagen sollen auch künftig nicht mehr für alle Anspruchsberechtigten gleich sein, sondern nach der Höhe der ursprünglichen Renten in Hundertsteln bemessen werden. Dabei sollen Rentner mit höherer Erwerbsbeschränkung und solche aus früheren Jahren (als die Löhne und Gehälter noch ziffernmäßig niedrig waren) verhältnismäßig höhere Zuschläge bekommen. Bei Unfallrenten, die aus der Zeit vor 1900 stammen, wollen die Berufsgenossenschaften bei voller Erwerbsunfähigkeit des Verletzten mit den Zuschlägen bis zu 100 v. H. gehen. Das wären allerdings einige „Vorschläge zur Güte", über die sich reden ließe. Käme man ihren Grundsätzen näher, müßten mindestens die Zuschüsse weiter aufgebessert werden. Ein anderes Verfahren wäre eine Neuberechnung aller bis zum Jahre 1918 (von da an trat die außergewöhnliche Geldentwertung ein) festgesetzten Renten. Je nach der Zeitperiode, in der die Rente bewilligt worden ist (vielleicht abgestuft nach Jahrzehnten) müßte der vier-, drei- oder zweifache Betrag des seinerzeit angenommenen Jahresarbeitsverdienstes der ander-

weiten Berechnung zugrunde gelegt werden. Als Grad der Erwerbsunfähigkeit wird ohne neue ärztliche Untersuchung derjenige angenommen, nach dem zuletzt die Rente gewährt wurde.

Bei einer durchgreifenden Änderung der Unfallversicherung — ob jetzt oder bei der späteren im Zusammenhang mit dem Neuaufbau der sozialen Versicherung — muß auch auf eine anderweite Abmessung der Renten bedacht genommen werden, die den Familienverhältnissen der Verletzten mehr entspricht. Entweder man führt, wie in der Invalidenversicherung, Zulagen zu den Renten nach der Zahl der unterhaltsberechtigten Kinder ein, oder man setzt, je nach dem Umfang der Familie, die „Vollrente" verschieden fest. Sie könnte z. B. bei einem Verheirateten 70 v. H. betragen und bei einer bestimmten Anzahl von Kindern auf 75 und 80 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes ansteigen. Die Bestimmung, daß die Hinterbliebenen eines Getöteten nicht mehr als zusammen drei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes erhalten sollen (§ 595 RVO.), muß auch bei einer größeren Kinderzahl erweitert werden. — Je länger die Anpassung der Unfallversicherung an die veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse hinausgeschoben wird, um so drückender werden die gerügten Mängel.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Betriebsrätegesetz und Dienststellung der Beamten und Angestellten der Krankenkassen.

Erlaß des **Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt** vom 15. Mai 1920 (HMBl. S. 159).

Die Vorschriften des Betriebsrätegesetzes vom 4. Februar 1920 (RGBl. S. 147) gelten für alle Betriebe, Geschäfte und Verwaltungen des öffentlichen und privaten Rechtes und finden somit auch auf die Krankenkassen Anwendung.

Ich mache auf Folgendes aufmerksam:

1. Nach § 13 Absatz 2 des Betriebsrätegesetzes und der zur Ausführung dieser Vorschrift erlassenen Verordnung vom 8. März 1920 (GS. S. 57) haben die Vorstände der Krankenkassen darüber Bestimmung zu treffen, ob die Kassenangestellten, welchen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen sind, als Angestellte im Sinne des Betriebsrätegesetzes zu betrachten sind und alsdann mit den übrigen Kassenangestellten zusammen die Betriebsversammlung zu bilden und den Betriebsrat zu wählen haben. Diese Anordnungen der Vorstände bedürfen der Zustimmung der Staatsaufsichtsbehörde; dies ist nach Artikel 1 zu § 13 1. Absatz 2 der genannten Verordnung der Regierungspräsident, in Berlin der Oberpräsident. Wird die Zustimmung versagt, so habe ich endgültig zu entscheiden. Die Voraussetzungen für diese Gleichstellung der Krankenkassenbeamten mit den Kassenangestellten sind im Artikel 1 unter Nr. 2 angegeben.
2. Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Angestellte und Beamte (§§ 349 ff.) sind durch das BetrRG. nicht aufgehoben, sondern bestehen neben den Vorschriften dieses Gesetzes sowie der Verordnung vom 23. Dezember 1918 über Tarifverträge, Arbeiter- und Angestelltenausschüsse und Schlichtung von Arbeitsstreitigkeiten (RGBl. S. 1456) zu Recht. Wenn daher der Betriebsrat einer Krankenkasse gemäß § 66 Nr. 3 des BetrRG. den Schlichtungsausschuß oder eine vereinbarte Einigungs- oder Schiedsstelle anruft oder nach Nr. 5 daselbst Dienstvorschriften oder Änderungen derselben mit den Kassenvorständen vereinbart, wenn er ferner nach § 78 Nr. 2 bei der Regelung des Arbeitsverhältnisses mitwirkt, nach Nr. 8 mit den Kassenvorständen Richtlinien über die Einstellung von Angestellten vereinbart oder bei Entlassung solcher mitwirkt, so ist gleichwohl bei entstehenden Streitigkeiten ein Verfahren der Versicherungsbehörden nach § 358 RVO. zulässig, wie anderseits die zwischen dem Betriebsrat und den Kassenvorständen getroffenen Vereinbarungen, ebenso wie die Bestimmungen von Tarifverträgen, nur dann rechtsgültige Bestandteile der Dienstordnung werden, wenn sie gemäß § 355 RVO. vom Oberversicherungsamte genehmigt worden sind. Gegen Entlassungen von Angestellten, die auf einer gesetzlichen Verpflichtung beruhen (vgl. § 354 Absatz 6, § 357 Absatz 2 RVO.), ist ein Einspruch beim Angestelltenrat überdies nach § 85 Absatz 2 des BetrRG. nicht zulässig.
3. Für Streitigkeiten, über welche der Bezirkswirtschaftsrat zu entscheiden hat, tritt an dessen Stelle bis zur Einrichtung von Bezirkswirtschaftsräten nach den Ausführungsbestimmungen des Mi-

nisters für Handel und Gewerbe vom 8. März 1920 zu § 103 des BetrRG. der Bezirksausschuß.

Sollten aus dem Nebeneinanderbestehen der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und des Betriebsrätegesetzes Streitigkeiten entstehen, so würden über dieselben im Rahmen der Vorschriften der RVO. zunächst die zuständigen Versicherungsbehörden zu entscheiden haben. Für grundsätzliche Fragen und für diejenigen Fälle, in denen ich auf Beschwerde zu entscheiden habe, behalte ich mir meine Stellungnahme vor.

Vereinigung von Ortskrankenkassen verschiedener Versicherungsamtsbezirke ist unzulässig.

Entscheidung des sächs. Arbeitsministeriums vom 20. März 1920.

Die RVO. hat in den §§ 264 bis 279 genaue Bestimmung darüber getroffen, in welchen Fällen eine Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung oder Schließung von Krankenkassen entweder möglich oder notwendig ist. Nach diesen Vorschriften ist für eine Vereinigung von Ortskrankenkassen verschiedener Versicherungsamtsbezirke weder das eine noch das andere vorgesehen. Nur die Füglichkeit der Vereinigung mehrerer für den Bezirk eines Versicherungsamtes errichteten Ortskrankenkassen auf Beschluß ihrer Ausschüsse und mit Zustimmung der beteiligten Gemeinden ist hiernach gegeben. Anders dagegen als die spätere Vereinigung kann von vornherein die Errichtung von Ortskrankenkassen ausnahmsweise so gestaltet werden, daß sie über den Bezirk eines Versicherungsamtes mit Genehmigung der oberen Verwaltungsbehörde hinausgeht (vgl. §§ 265 und 226 der RVO.).

Da es sich im vorliegenden Falle um die geplante Vereinigung zweier im Bezirke verschiedener Versicherungsämter errichteten Krankenkassen handelte, so konnte also es auch keine rechterzeugende Wirkung haben, daß die Ausschüsse beider Krankenkassen einverstanden waren, zumal die Zustimmung der einen beteiligten Gemeinde ermangelte. Wenn in § 281 der RVO. für den Fall, daß bei einem Antrage auf Vereinigung die Kassensitze im Bezirke verschiedener Versicherungsämter liegen, vorgesehen ist, daß das zuständige Versicherungsamt vom Oberversicherungsamte bestimmt wird, so ist darauf hinzuweisen, daß dieser Paragraph im Unterabschnitte über das Verfahren steht, also nur eine Vorschrift zur Ausführung der in den beiden vorausgehenden Abschnitten erschöpfend geregelten Voraussetzungen der Kassenvereinigung enthält und deshalb sich nur auf Betriebs- und Innungskrankenkassen, bei denen nach §§ 270, 276 der RVO. eine Vereinigung von Kassen verschiedener Versicherungsamtsbezirke vorkommen kann, oder auf Fälle des § 298 Ziff. 1 der Änderung der Kassenbezirke durch andere Abgrenzung der Verwaltungsbezirke bezieht.

Wirkungsbeginn des Übertritts in eine niedere Stufe nach § 313 RVO.

Entscheidung des Versicherungsamts Cassel vom 24. März 1920 (76 III 20).

Der Kläger ist am 5. Dezember 1919 aus der Pflichtversicherung der beklagten Kasse ausgeschieden. Er hat gemäß § 313 der Reichsversicherungsordnung form- und fristgerecht der Kasse angezeigt, daß er Mitglied der Kasse bleiben wolle. Bei dieser Anzeige, die nach seiner Angabe am 5. Dezember, nach Angabe der Kasse am 8. Dezember erfolgt ist, hat er seine Versetzung aus der XI. in die IX. Mitgliederstufe beantragt. Der Kassenvorstand hat diesem Übertritt zwar zugestimmt, aber — wie er annimmt — erst mit Wirkung vom 2. Januar 1920, weil der zustimmende Vorstandsbeschluß erst an diesem Tage gefaßt worden ist. Gegen diese einschränkende Maßnahme hat der Kläger Widerspruch erhoben; er steht auf dem Standpunkte, daß der Übertritt schon am Tage der Anmeldung wirksam geworden sei, weil er bei dieser Gelegenheit eine Bestätigung von der Kasse erhalten habe, wonach er ohne jeglichen Vorbehalt in die IX. Stufe aufgenommen worden sei.

Die Beklagte bestreitet dieses mit der Behauptung, der Übertritt könne erst mit erfolgter Zustimmung der Kasse erfolgen; eine rückwirkende Kraft habe diese Zustimmung nicht.

Das Versicherungsamt hat die Kasse verurteilt, anzuerkennen, daß der Übertritt in die IX. Stufe „spätestens" am 8. 12. 19 erfolgt ist. — Gründe: Die von dem Kläger erwähnte, zu den Akten eingereichte Bestätigung besagt lediglich, daß die Versicherungspflicht des Klägers am 5. Dezember 1919 erloschen sei und er Mitglied der Kasse bleibe. Eine Angabe über den Übertritt enthält sie nicht. Der Kläger kann daher mit diesem Schriftstück seinen Anspruch nicht begründen. Es fragt sich aber, ob, nachdem der Vorstand seine Zustimmung zu dem gewünschten Übertritt erteilt hatte, der Anspruch des Klägers auf Einreihung in die niedere Stufe nicht doch schon an dem Tage entstanden ist, an dem der Kläger sie beantragt hat, nämlich an dem Tage, an dem der Antrag bei der Kasse eingegangen ist. Nach der bisherigen Fassung des § 313 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung konnte ein aus der Pflichtmitgliedschaft ausgeschiedenes Mitglied beim Vorhandensein der sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen in seiner Klasse oder Lohnstufe Mitglied bleiben. Es konnte auch in eine andere Klasse oder Lohnstufe übertreten. Der Übertritt konnte jederzeit, auch nach dem Zeitpunkt des Ausscheidens erklärt werden, war aber nicht für die zurückliegende Zeit gültig, trat jedoch in dem Zeitpunkte ein, in dem er erklärt wurde. (Kommentar zur RVO. 2. Buch Krankenversicherung von Hoffmann 2. Aufl. Anm. 9 zu § 313. Ebenso Hahn, Handbuch der Krankenversicherung 7. Aufl. Anm. 3 zu § 313.) Hierin ist durch die Verordnung vom 22. Dezember 1918, RGBl. S. 1321, lediglich insofern eine Änderung eingetreten, als der Übertritt in eine andere Klasse ohne Lohnstufe nur mit Zustimmung des Kassenvorstandes erfolgen kann. Der Übertritt in die niedere Stufe vollzieht sich also nicht mehr wie bisher durch die Abgabe der Willens-

erklärung des Versicherten ohne weiteres, sondern es muß dieser Willenserklärung der Kassenvorstand zustimmen. Wird die Zustimmung erteilt, so wirkt sie auch von dem Zeitpunkte ab, den der Versicherte selbst durch seine Willenserklärung zu erkennen gegeben hat, denn sonst wäre es keine Zustimmung im Sinne dieses Wortes. Wird die Zustimmung im Sinne der Willenserklärung des Versicherten versagt, so bleibt er für die Dauer der Weiterversicherung, bzw. für so lange, bis eine etwaige spätere Übertrittserklärung den gewünschten Erfolg gehabt hat, in seiner bisherigen Lohnstufe. Im vorliegenden Falle ist aber die Zustimmung des Kassenvorstandes zum Übertritt offenbar uneingeschränkt erfolgt, denn die Worte der Gegenerklärung vom 4. Februar 1920 „mit Wirkung von diesem Tage (nämlich dem 2. 1. 1920) an" sind gestrichen und die bloße Tatsache, daß der Zustimmungsbeschluß erst am 2. Januar 1920 gefaßt wurde, läßt nicht vermuten, daß der Vorstand diesen Beschluß erst mit Wirkung von diesem Tage habe fassen wollen, was dann, wie gesagt, einer Versagung der Zustimmung gleichzuerachten wäre. Es handelt sich eben nicht um eine eigentliche Versetzung des Versicherten auf seinen Antrag in eine niedere Stufe durch den Vorstand, sondern um einen Übertritt durch Willenserklärung des Versicherten, die von dem von ihm gewollten Zeitpunkte an wirkt, sobald der Vorstand zugestimmt hat, auch wenn der Zustimmungsbeschluß später erfolgt, wie es ja meist der Fall sein wird, da die ordentlichen Vorstandssitzungen satzungsgemäß monatlich nur einmal abzuhalten sind.

B. Zur Unfallversicherung.

Verordnung über Änderung der §§ 537 und 624 der Reichsversicherungsordnuug.

Vom 25. Mai 1920 (RGBl. S. 1093).

Auf Grund des § 1 des Gesetzes über eine vereinfachte Form der Gesetzgebung für die Zwecke der Übergangswirtschaft vom 17. April 1919 (RGBl. S. 394) wird von der Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats und des von der verfassunggebenden Deutschen Nationalversammlung gewählten Ausschusses folgendes verordnet:

§ 1. — Der § 537 Nr. 5 der Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

5. der gesamte Betrieb der Eisenbahnen und der Post- und Telegraphenverwaltung, die Betriebe der Verwaltung der Reichswehrmacht (Heer und Marine) sowie solche Betriebe der früheren Marine- und Heeresverwaltungen, die auf Zivilverwaltungen des Reichs übergegangen sind.

§ 2. — Im Eingang des § 624 der Reichsversicherungsordnung fallen die Worte „oder der Bundesstaat" weg.

Der § 624 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

1. bei der Post- und Telegraphenverwaltung, bei der Verwaltung der Reichswehrmacht (Heer und Marine) sowie bei den sonstigen Verwaltungen des Reichs, soweit auf sie Betriebe der früheren Marine- und Heeresverwaltungen übergegangen sind.

§ 3. — Diese Verordnung tritt mit dem Tage ihrer Verkündung in Kraft.

Anmerkung: Tag der Verkündung (§ 3) ist der 29. Mai 1920, als Tag der Ausgabe der Nr. 118 des RGBl.

Unfall eines Straßenbahnführers auf dem Heimwege ausnahmsweise als Betriebsunfall anerkannt.

Urteile a) des **Oberversicherungsamts Braunschweig** v. 16. Oktober 1919; b) **des Reichsversicherungsamts** v. 2. März 1920.

a.

Der Ehemann der Klägerin, Straßenbahnführer St., wollte nach Beendigung des Dienstes zum Heimwege nach seiner Wohnung, der den Straßenbahnangestellten erteilten Erlaubnis entsprechend, einen Straßenbahnwagen benutzen. Er versuchte um 8 Uhr abends auf den in langsamer Fahrt vor der Eisenbahnunterführung bei R. befindlichen Wagen zu springen. Da die Tür des Wagens geschlossen war, gelang es ihm nicht, in den Wagen hineinzukommen. Er wurde von dem Mauerwerk der Unterführung erfaßt und zwischen diesem und dem Wagen gequetscht. Infolge der dabei erlittenen inneren Verletzungen ist er verstorben.

Die Spruchkammer hat auf Grund der Augenscheinseinnahme und der Zeugenaussagen die Überzeugung gewonnen, daß der Führer St. nur dadurch verunglückt ist, daß er mit dem schweren, langen und dicken Führermantel und den dicken Führerstiefeln bekleidet und infolgedessen unbeholfen war, als er auf den Motorwagen der elektrischen Bahn springen wollte, und daß infolge der ungünstigen Witterungsverhältnisse von den auf der Plattform stehenden Personen die Absicht des St., die Plattform zu besteigen, nicht rechtzeitig erkannt wurde und ihm keinerlei Hilfe etwa durch Öffnen der Tür und Hineinziehen geleistet werden konnte.

Das Aufspringen auf den Wagen an der Stelle, wo es geschah, ist an sich völlig gefahrlos; der Wagen befindet sich dort in langsamster Fahrt und die Durchfahrt ist weit genug, um den Gedanken, daß man zwischen Wagen und Mauer der Bahnunterführung gequetscht werden könnte, nicht aufkommen zu lassen. Beamte und Angestellte der Bahn, die mit einem Wagen in der Richtung nach W. fahren wollen, pflegen an dieser Stelle allgemein aufzuspringen, auch wenn der Wagen schon angefahren ist. Eine besondere Unvorsichtigkeit ist also in der Handlung des Verstorbenen nicht zu sehen.

Das Unglück ist also hauptsächlich durch das Mitführen von Betriebsgegenständen herbeigeführt. Dazu war aber der Verstorbene durch die Anordnungen der Betriebsleitung gezwungen: Die Wagenführer müssen laut Vorschrift ihre schwere Führer-

bekleidung mit nach Haus nehmen, da auf dem Depot keine Räume für ihre Aufbewahrung vorhanden sind, und die an der Strecke wohnenden Führer jederzeit ihre Ausrüstung zur Hand haben müssen, da sie verpflichtet sind, im Falle der Not für andere in den Dienst einzuspringen.

Aus dieser Pflicht zur Mitnahme der Führerbekleidung folgt aber auch die Notwendigkeit für die Führer, zum Heimweg die elektrische Bahn zu benutzen; denn es kann ihnen nicht zugemutet werden, mit der schweren Bekleidung den weiten Heimweg zu Fuß zurückzulegen. Sie sind daher auf dem Heimwege infolge der Dienstvorschriften den Gefahren des Betriebes ausgesetzt und befinden sich dabei noch im Banne des Betriebes. Der Unfall des Verstorbenen ist danach als Betriebsunfall anzusehen.

b.

Der Erblasser der Kläger ist verunglückt, als er nach Beendigung seines Fahrerdienstes einen Wagen der Straßenbahn benutzen wollte, um zu seiner außerhalb der Stadt liegenden Wohnung zu gelangen. Solche Fahrten von Angestellten der Straßenbahn von ihrer Wohnung zu der Stelle, wo sie den Dienst anzutreten haben, und zurück gehören nach der ständigen Rechtsprechung des RVA. zur eigenwirtschaftlichen Tätigkeit, die im eigenen Interesse der Angestellten, nicht aber im Interesse des Betriebes geschieht. Nach dem gesamten Akteninhalt, insbesondere nach dem Ergebnis der Beweiserhebung im Berufungsverfahren hat aber auch der Rekurssenat angenommen, daß aller Wahrscheinlichkeit nach der Unfall geschehen ist, indem St., insbesondere wegen seiner schweren Führerkleidung, die er mit nach Hause nehmen mußte, vom Trittbrett des fahrenden Wagens abgerutscht und infolge davon verletzt worden ist. Die Stelle, an der der Unfall geschehen ist, pflegte ständig zum Aufspringen auf die dort noch langsam fahrenden Wagen benutzt zu werden. Die Vermutung, daß auch St. das Aufspringen geglückt sein würde, wenn er nicht durch die Dienstausrüstung stark behindert gewesen wäre, erschien dem Reichsversicherungsamt daher begründet. Hiernach bestand eine solche innere Verbindung des Unfalls mit dem Betriebe, daß der Unfall versicherungsrechtlich als Betriebsunfall anzusehen war. Der Rekurs der Berufsgenossenschaft konnte somit keinen Erfolg haben.

Baugeldgeber als Bauherren.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 15. Dezember 1919 (3035 Amtl. Nachr. 1920 S. 155).

Das Reichsversicherungsamt hat schon durch Bescheid 1958 (Amtl. Nachr. 1902 S. 562) ausgesprochen, daß Baugeldgeber, die Bauspekulationsgeschäfte machen, als Bauherren gelten müssen. Der Sachverhalt war indessen insofern etwas anderes, als der Baugeldgeber dort neben dem eigentlichen Baugeld, das zur Herstellung des Gebäudes dienen sollte, auch schon zum Erwerbe der Baustelle Geld geliehen hatte. B. dagegen hat hier nur das eigentliche Baugeld gegeben. Geschäfte dieser Art sind im allgemeinen keine Bauspekulationsgeschäfte, insbesondere nicht die Geschäfte der Hypothekenbanken und ähnlicher Geldinstitute, die Baugeld zu den im allgemeinen Handelsverkehr üblichen Bedingungen geben (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. 2 S. 471 Anm. 3 zu § 29 Bau-Unfallversicherungsges.). Immerhin kann auch aus dem eigentlichen Baugeldgeschäfte gelegentlich ein Bauspekulationsgeschäft gemacht werden. Die Frage ist also, ob dieser Ausnahmefall hier vorliegt, wo das Baugeld unter Bedingungen geliehen ist, die von den sonst üblichen abweichen und für den Gläubiger mit einem außergewöhnlichen Vermögensvorteile verbunden sind.

Zur Entscheidung dieser Frage ist auszugehen von dem Begriffe des Bauspekulationsgeschäfts, wie es von dem Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsprechung beurteilt worden ist (zu vgl. Entsch. des Reichsversicherungsamts 2713, Amtl. Nachr. 1914 S. 542). Danach ist das Eigentümliche dieser Geschäfte die Absicht des Bauspekulanten, sich den Geldwert, den das Bauwerk nach Abzug der Baukosten voraussichtlich hat, also den Baugewinn, oder doch einen Teil davon mit Hilfe der Hypothek oder Grundschuld zu verschaffen, die er an dem Baugrundstück erworben hat. Diese Absicht kann auch ein Baugeldgeber haben, der das Baugeld, wie üblich, gegen eine Hypothek oder Grundschuld gibt. Jedoch ist sie insoweit unbedingt ausgeschlossen, als der Baugeldgeber nur das gegebene Baugeld selbst sichern will. Denn da das Baugeld vertragsmäßig zur Bezahlung der Baukosten verwendet werden soll, ist die Forderung auf seine Rückleistung nicht auf den Gewinn gerichtet, der erst nach Abzug der Baukosten vom Werte des Bauwerkes übrigbleibt. Der Baugeldgeber kann wegen seiner Forderung auf Rückleistung des Baugeldes ebensowenig als ein Bauspekulant im obigen Sinne angesehen werden wie die Baulieferanten und Bauhandwerker, die ihre Leistungen gegen eine zur Sicherung der Gegenleistung eingetragene Hypothek oder Grundschuld machen. Die Forderung des Baugeldgebers kommt also für die Frage, ob er als Bauherr zu gelten hat, nur insoweit in Betracht, als sie das eigentliche Baugeld übersteigt, insoweit aber auch ohne Unterschied, unter welchem Namen die Gegenleistung vereinbart ist, also einschließlich Provisionen, Zinsen usw. Die Forderung eines Bauspekulanten im Sinne der Entsch. vom 16. Februar 1914 muß weiter so geartet sein, daß sie ihm die wirtschaftliche Gewalt, die Herrschaft über das Bauunternehmen gibt. Ein Baugeldgeber kann also als Bauspekulant nur gelten, wenn seine Forderung, nach Abzug des Baugeldes, allein oder zusammen mit den ihr vorgehenden oder gleichstehenden ding-

lichen Rechten den gemeinen Grundstückswert übersteigt. Denn nur in diesem Falle ist der unbemittelte Eigentümer, der die Hypothek oder Grundschuld nicht ablösen kann, an die Bauvorschrift gebunden, so daß er, wenn er von ihr abweicht, zu erwarten hat, im Wege der Zwangsversteigerung entsetzt zu werden. Bei dieser Begrenzung wird das gesunde Baugeldgeschäft von den Vorschriften der §§ 765, 819 RVO., auch in der erweiterten Auslegung, die ihnen das Reichsversicherungsamt gegeben hat, nicht getroffen. Denn Geschäftsleute, insbesondere Banken, die nur Geldgeschäfte gegen den im allgemeinen Handelsverkehr üblichen Entgelt machen wollen, verlangen ihrerseits für ihre Hypothek oder Grundschuld in der Regel die erste Stelle, mindestens eine solche Rangstellung, daß ihre Forderung, nach Abzug des eigentlichen Baugeldes, schon durch den Grundstückswert gedeckt ist. Baugeldgeber dagegen, die solche Rangstellung nicht erhalten, werden ihrerseits Baugeld nur geben, wenn ihnen ein außergewöhnlich hoher Entgelt für ihr Risiko versprochen wird.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Gesetz über Abänderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung.

Vom 20. Mai 1920 (RGBl. S. 1091).

Die verfassunggebende Deutsche Nationalversammlung hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I. — I. Personen, die auf Grund der reichsgesetzlichen Invalidenversicherung eine Invaliden-, Alters- oder Hinterbliebenenrente beziehen, erhalten eine Zulage zu ihrer Rente.

Die Zulagen erhalten nicht

1. Personen, die auf Grund des Gesetzes über die Versorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen bei Dienstbeschädigung (RVG.) eine Rente für Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit um mehr als zwei Drittel oder eine Hinterbliebenenrente beziehen,
2. Ausländer, die sich im Ausland aufhalten,
3. die im § 120 Abs. 2 Satz 2, § 1276 Abs. 1 Satz 2, §§ 1277, 1531, 1536, 1541, 1544 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Gemeinden, Armenverbände, Versicherungsträger usw.

II. Die Zulage beträgt für Empfänger einer Invaliden- oder Altersrente monatlich 30 M., für Empfänger einer Witwen- oder Witwerrente monatlich 15 M., für Empfänger einer Waisenrente monatlich 10 M.

III. Die Zulage wird in vollem Betrage gezahlt, auch wenn der Empfänger nur einen Bruchteil der Rente erhält. Die Zulage fällt weg, wenn der Anspruch auf die Rente zum vollen Betrage ruht oder wegfällt.

IV. Die Zulage wird monatlich im voraus gezahlt. Die oberste Postbehörde bestimmt, in welcher Weise die Zulage gezahlt wird.

V. Die Zulagen bilden einen Teil der Gemeinlast. Die Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts ermittelt den Kapitalwert der Zulage nach Maßgabe des Kapitalwerts der zugehörigen Rente. Das Reichsversicherungsamt bestimmt das Nähere.

Artikel II. — Der § 1392 der Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

Bis auf weiteres wird als Wochenbeitrag erhoben

in Lohnklasse	I	90	Pf.
" "	II	100	"
" "	III	110	"
" "	IV	120	"
" "	V	140	"

Artikel III. — Die Vorschriften des Artikel I treten am 1. Juli 1920, die des Artikel II am 1. August 1920 in Kraft.

Artikel IV. — Die Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Invalidenversicherung vom 21. August 1919 (RGBl. S. 1665) tritt am 30. Juni 1920 außer Kraft.

Empfänger einer Invaliden- oder Witwerrente, die nach Maßgabe jener Verordnung eine Zulage erhalten, ohne nach Artikel I Nr. 1 Abs. 2 zum Bezuge der Zulage nach Maßgabe dieses Gesetzes berechtigt zu sein, beziehen ihre Zulage bis zum 31. Dezember 1920 weiter.

Artikel V. — Für die Zeit nach dem 1. August 1920 dürfen Marken in den Werten nicht mehr verwendet werden, die nach § 1392 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Gesetzes, betreffend Renten in der Invalidenversicherung, vom 12. Juni 1916 (RGBl. S. 525) vorgesehen sind.

Ungültig gewordene Marken können binnen zwei Jahren nach Ablauf ihrer Gültigkeitsdauer bei den Markenverkaufsstellen gegen gültige Marken im gleichen Geldwert umgetauscht werden.

Vergütung für die Quittungskartenausgabe.

Erlaß des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 12. Mai 1920 (HMBl. S. 160).

Unter Abänderung des Erlasses des Herrn Ministers für Handel und Gewerbe vom 14. November 1918 (HMBl. S. 284) setze ich auf Grund des § 1455 Abs. 2 RVO. die Vergütung, welche den Krankenkassen und knappschaftlichen Krankenkassen für die Ausstellung und den Umtausch der Quittungskarten künftig zu gewähren ist, auf 15 Pf. für jede Karte fest.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Gesetz über weitere Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung.

Vom 31. Mai 1920 (RGBl. S. 1144).

Die verfassunggebende Deutsche Nationalversammlung hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Im § 1 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird das Wort „fünftausend" durch „fünfzehntausend" ersetzt.

§ 2. — In Ergänzung des § 3 der Verordnung des Bundesrats über Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung vom 28. August 1918 (RGBl. S. 1085) werden für Angestellte, die nach jener Verordnung in Verbindung mit dem Versicherungsgesetze für Angestellte versicherungspflichtig waren, infolge Erhöhung ihres Jahresarbeitsverdienstes aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und nunmehr auf Grund des § 1 dieses Gesetzes wieder versicherungspflichtig werden, die Kalendermonate der Zwischenzeit als Beitragsmonate im Sinne der §§ 15, 49 des Versicherungsgesetzes für Angestellte angerechnet.

Wenn ein solcher Angestellter von dem Rechte der freiwilligen Versicherung für die zurückliegende Zeit, während welcher er nach dem 1. September 1918 nicht versicherungspflichtig war, Gebrauch macht oder gemacht hat, so gelten die freiwilligen Beiträge, die er für diese Zeit gültig nachentrichtet oder bereits während der zurückliegenden Zeit entrichtet hat, als Pflichtbeiträge im Sinne des § 48 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, nicht dagegen im Sinne des § 398. Die freiwillige Versicherung hat die Wirkung der Pflichtversicherung für die nach dem 1. September 1918 aus der Versicherungspflicht Ausgeschiedenen nur insoweit, als ihre Beiträge mindestens in der Gehaltsklasse des letzten Pflichtbeitrags vor jenem Ausscheiden der Angestellten aus der Versicherung und im Falle des § 177 mindestens in derjenigen Gehaltsklasse, die diesem Pflichtbeitrag entspricht, entrichtet sind oder gültig nachentrichtet werden.

Freiwillig Versicherte, die nach § 1 nicht wieder versicherungspflichtig werden, sind berechtigt, die freiwillige Versicherung in der höchsten Gehaltsklasse fortzusetzen.

§ 3. — Für die nach § 1 neu in die Versicherungspflicht eintretenden, vorher noch nicht versicherungspflichtigen Angestellten finden die §§ 365 bis 389 des Versicherungsgesetzes für Angestellte entsprechende Anwendung mit der Maßgabe, daß die im § 366 bezeichnete Frist von zehn Jahren vom Inkrafttreten dieses Gesetzes ab läuft.

§ 4. — Ist ein nach § 1 dieses Gesetzes versicherungspflichtiger Angestellter bei einer Zuschußkasse oder Ersatzkasse (§§ 365 bis 386 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) versichert und werden Beiträge und Leistungen satzungsgemäß nach dem Jahresarbeitsverdienste berechnet, so können, soweit der Jahresarbeitsverdienst den Betrag übersteigt, bis zu welchem vor dem Erlasse dieses Gesetzes die Versicherung bei dieser Zuschuß- oder Ersatzkasse zulässig war, Beiträge und Leistungen nur bis zu dem Höchstsatz beansprucht werden, der nach der Satzung der Kasse bisher gestattet war.

§ 5. — Solche Angestellte, die mit einem Jahresarbeitsverdienste von mehr als 5000 M. auf Grund des § 1 versicherungspflichtig werden, ohne bereits nach § 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte in Verbindung mit der Verordnung des Bundesrats über Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung vom 28. August 1918 (RGBl. S. 1085) versichert zu sein, werden auf Antrag von der eigenen Beitragsleistung befreit, wenn für sie bis einschließlich zum 30. Juni 1920 bei öffentlichen oder privaten Lebensversicherungsunternehmungen (§ 1 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 — RGBl. S. 139 —) der Abschluß eines Versicherungsvertrags beantragt worden ist und der Jahresbetrag der Beiträge für diese Versicherung am Tage des Befreiungsantrags mindestens ihrem Anteil an dem Beitrag der Gehaltsklasse 1 gleichkommt.

Dasselbe gilt für die im § 2 Abs. 1 bezeichneten Angestellten.

Der Antrag auf Befreiung muß bis zum 1. September 1920 gestellt sein. Im übrigen gelten die Vorschriften des § 391 Abs. 1 Satz 2, 3 und Abs. 2 und der §§ 392, 393 des Versicherungsgesetzes für Angestellte und die gemäß § 392 Abs. 4 ergangenen Ausführungsvorschriften entsprechend.

§ 6. — Angestellte der in den §§ 1, 2 dieses Gesetzes bezeichneten Art sind auch dann berechtigt, sich unter den im § 2 Abs. 2 dieses Gesetzes bezeichneten Bedingungen und mit der dort bestimmten Rechtswirkung freiwillig weiter zu versichern, wenn sich ihr Jahresarbeitsverdienst auf über 15 000 M. nach dem 1. Mai 1920 erhöht hat oder noch erhöht.

§ 7. — Einzelnen Angestellten der im § 5 Abs. 1 bezeichneten Art kann in den ersten drei Jahren nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die Reichsversicherungsanstalt nach vorhergehender ärztlicher Untersuchung gestatten, die Wartezeit zum Bezuge der Leistungen des Versicherungsgesetzes für Angestellte durch Einzahlung der entsprechenden Prämienreserve abzukürzen. Der Reichsarbeitsminister bestimmt die Grundsätze für die Berechnung der Prämienreserve nach Anhörung der Reichsversicherungsanstalt.

§ 8. — Hinsichtlich der Angestellten der im § 5

Abs. 1 bezeichneten Art finden die §§ 396 und 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte entsprechende Anwendung.

§ 9. — Auf Angestellte der im § 5 Abs. 1 bezeichneten Art, die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben, findet § 397 des Versicherungsgesetzes für Angestellte Anwendung. Der Befreiungsantrag ist innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes zu stellen.

§ 10. — Ist die Entrichtung der zur Erhaltung der Anwartschaft erforderlichen Beiträge für einen versicherungspflichtigen Angestellten aus einem nicht in seiner Person liegenden Grunde unterblieben, so erlischt die Anwartschaft nicht, wenn der Versicherte bis zum 31. Dezember 1921 die Aufrechterhaltung der Anwartschaft bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte beantragt.

Der Versicherte kann innerhalb der gleichen Frist Pflichtbeiträge, deren Entrichtung aus einem nicht in seiner Person liegenden Grunde unterblieben ist, sämtlich oder teilweise nachentrichten.

§ 11. Dieses Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. Mai 1920 in Kraft.

Rechtsmittel der Reichsversicherungsanstalt zugunsten des Anspruch-Erhebenden.

Urteil des Oberschiedsgerichts f. Angest. Vers. vom 2. Dezember 1919 (P. 109/19).

An sich ist anerkannten Rechtes, daß ein Rechtsmittel nur insoweit zulässig ist, als der es Einlegende durch die angefochtene Entscheidung beschwert ist. Dieser Grundsatz erleidet im Rahmen der Angestelltenversicherung eine Ausnahme, indem die Reichsversicherungsanstalt auch zugunsten des Antragstellers, also ihres Prozeßgegners, Rechtsmittel einlegen kann. Das Verhältnis der Reichsversicherungsanstalt zu ihrem Prozeßgegner ist ein anderes als der Prozeßparteien im Rahmen des Zivilprozesses zueinander. Die Reichsversicherungsanstalt hat als ein Träger der sozialen Fürsorge darüber zu wachen, daß denjenigen, die Versicherungsansprüche gegen sie erheben, auch das zuteil wird, was ihnen gebührt. Nach § 79 des VersGes. f. Angest. ist sogar ein Verzicht der Reichsversicherungsanstalt auf die Rechtskraft zugunsten der Versicherten oder sonstigen Anspruchsberechtigten in Fällen zugelassen, wo ein Bescheid oder eine Entscheidung zu Unrecht ergangen ist, ohne daß die Voraussetzungen für das Wiederaufnahmeverfahren vorliegen; es ist dann ein neues Feststellungsverfahren einzuleiten. Um so mehr muß der Reichsversicherungsanstalt in einem noch schwebenden Feststellungsverfahren das Recht zugestanden werden, die Entscheidung der höheren Instanz darüber herbeizuführen, ob Personen, die einen Anspruch auf Versicherungsleistungen erheben, ein solcher Anspruch zusteht. Auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung liegt die Sache insofern anders, als dort der Versicherungsträger selbst seinen Bescheid ändern kann (zu vgl. Mentzel-Schulz-Sitzler: Kommentar zum VersGes. f. Angest., Anm. 4 Abs. 3 des § 270) . . .

E. Zur Militärversorgung.

Entscheidungen des Reichs-Militärversorgungsgerichts.

Zu § 2 Abs. 2 MVG.: Bemerkbar geworden im Sinne des § 2 Abs. 2 a. a. O. sind die Folgen einer Dienstbeschädigung erst dann, wenn der Versorgungsberechtigte nach sorgfältiger Prüfung gemäß seinem Urteilsvermögen zu der gewissenhaften Überzeugung kam oder kommen mußte, sein Leiden sei auf den Militärdienst zurückzuführen, wenn also das Leiden für ihn als Folge einer Dienstbeschädigung erkennbar geworden ist. Diese Rechtsprechung schließt sich an die des Reichsgerichts zu § 8 Abs. 2 Preuß. Beamten-Unfallfürsorgegesetzes (Entsch. in Ziv. S. Bd. 82 S. 224 ff.) und des Reichsversicherungsamts zu § 59 Abs. 2 G. U. VG. (RekE. 1233 Amtl. Nachr. 1893 S. 179 und Handbuch der UnfVers. 3. Aufl. Bd. I S. 486 Anm. 9 zu § 72 GUVG.) an. — RekE. v. 5. 3. 20 (M 710/19).

Zu § 42 Abs. 1 MVG., § 39 Abs. 1 OPG., § 35 Abs. 1 MHG.: Kein vor den Spruchbehörden der Militärversorgung verfolgbarer „Anspruch" besteht auf a) Kannbezüge, b) Rentenzuschläge, aus dem Erlaß des preuß. Kriegsministeriums vom 22. Juli 1918 (ABBl. S. 418) und der VO. v. 31. Dezember 1918 (RGBl. 1919 S. 2) und c) Teuerungszulagen aus dem Erlaß des preuß. Kriegsministeriums vom 7. Mai 1919 (ABBl. S. 377). Der Rechtszug im Spruchverfahren der Militärversorgung ist zulässig hinsichtlich der „Ansprüche" auf Feststellung von Versorgungsgebührnissen aus den Mil. Versorgungsgesetzen. Ansprüche in diesem Sinne sind nur Rechtsansprüche, die auf den Mil. Versorgungsgesetzen beruhen, und die sich auf subjektives, im Klagewege geltend zu

machendes Recht des einzelnen darstellen. Ihnen stehen die Bezüge gegenüber, deren Gewährung in das pflichtmäßige Ermessen von Verwaltungsbehörden gestellt ist, die sog. Kannbezüge, und ferner gewisse Leistungen, die den Versorgungsberechtigten zwar unterschiedslos gewährt werden, für deren Geltendmachung ihnen aber kein Klagerecht offensteht. — RekE. v. 12. 2. 20 M 302/19[4].

Zu § 12 Abs. 2 OPG.: Eine Dienstbeschädigung ist auf besondere, nur dem Kriege eigentümliche Verhältnisse zurückzuführen (Kriegsdienstbeschädigung), wenn sie im unmittelbaren Zusammenhange mit der eigentlichen Kriegführung steht. Das ist im Heimatgebiet nur dann der Fall, wenn ein Angehöriger der Wehrmacht dadurch zu Schaden kommt, daß

1. kriegerische Ereignisse oder Zustände von der Front auf das Heimatgebiet übergreifen oder
2. seine dienstliche Tätigkeit durch Kampfhandlungen unmittelbar beeinflußt wird.

Als zu den besonderen, nur dem Kriege eigentümlichen Verhältnissen kann der Umstand nicht gerechnet werden, daß ein Offizier zufolge der durch den Krieg bedingten Einschränkung des Eisenbahnverkehrs auch in der rauhen Jahreszeit für dienstliche Fahrten auf die Benutzung eines offenen Kraftwagens angewiesen war, was zur Entstehung oder Verschlimmerung seines Ohrenleidens führte. Diese Tatsachen können die Annahme einer Dienstbeschädigung, aber nicht die einer Kriegsdienstbeschädigung begründen. — RekE. v. 16. 3. 20 (M 12/20[1]).

Zu Art. II § 7 Abs. 2 der VO. v. 1. 2. 19 (RGBl. S. 149): Für die Zuziehung eines Offiziers an Stelle einer versorgungsberechtigten Person der Unterklassen nach Art. II § 7 Abs. 2 Satz 1 VO. v. 1. 2. 19 kommt es nicht auf die Art des geltend gemachten Anspruchs, sondern darauf an, unter welches Gesetz (Offizierpensionsgesetz oder Mannschaftsversorgungsgesetz) die Person des Klägers nach seiner militärischen Stellung zur Zeit der Verhandlung und Entscheidung fällt. Diese Auffassung entspricht dem Wortlaut der Gesetzesvorschrift und wird der Absicht des Gesetzgebers gerecht, in Fällen, wo ein Offizier oder eine nach dem OPG. gleichgestellte Person einen Anspruch geltend macht, einen Versorgungsberechtigten als Beisitzer entscheiden zu lassen, der die Verhältnisse jener Personen besser kennt und dadurch zugleich das Vertrauen des Rechtsuchenden zur Unparteilichkeit des Gerichts zu erhöhen. Damit stimmt auch die abweichende Regelung im zweiten Satze des § 7 Abs. 2 a. a. O. überein, die im großen und ganzen einen anderen Personenkreis als den der unter das OPG. fallenden Offiziere und Beamten trifft. Bei einer anderen Auslegung würden sich auch Schwierigkeiten ergeben, wenn ein Offizier gleichzeitig Ansprüche aus dem OPG. und dem MVG. erheben würde; dann müßte erwogen werden, ob über die Ansprüche getrennt zu entscheiden und das Gericht verschieden zu besetzen ist. — RekE. v. 23. 3. 20 (M 671/19[3]).

Zu Art. II § 17 VO. v. 1. Februar 1919 (RGBl. S. 149): Die Spruchbehörden der Militärversorgung haben über die Höhe der Gebühren, welche eine Partei ihrem Rechtsanwalt zu zahlen hat, nicht zu entscheiden. Ist dies dennoch geschehen, so ist das Urteil insoweit rechtlich unwirksam. Zu der Höhe der Gebühren eines Rechtsanwalts kann im Spruchverfahren der Militärversorgung nur Stellung genommen werden, wenn es sich darum handelt, „ob und in welchem Betrage die unterlegene Partei dem Gegner seine Kosten zu erstatten hat" (Art. II § 17 VO. v. 1. 2. 19) Durch die VO. des Reichsarbeitsministers über die Gebühren der Rechtsanwälte im Verfahren vor den MilVG. und dem RMVG. vom 1. März 1919 (RGBl. S. 266) ist die Zuständigkeit der Spruchbehörden der Mil. Versorgung zur Entscheidung über die Gebühren der Rechtsanwälte nicht begründet worden. Über die Höhe dieser Gebühren entscheiden im Streitfalle vielmehr die ordentlichen Gerichte. Eine gleichwohl vom MilVG. erlassene Entscheidung über die Höhe der Anwaltsgebühr bindet die Partei nicht, da der Rechtsanwalt nicht selbst Prozeßpartei ist, ein Urteil aber nur zwischen den Prozeßparteien Recht schaffen kann. — RekE. v. 16. 3. 20 (M 283/19[1]).

Zu § 83 Abs. 2 der Bestimmungen des Reichsarbeitsministers über die Mil.Vers.Gerichte und des RMVG., sowie über das Verfahren vor ihnen vom 18. 2. 19 (RGBl. S. 217): Hat das Mil. Vers. Gericht den Anspruch nur dem Grunde nach anerkannt, ohne zum Ausdruck zu bringen, daß und weshalb dies ausnahmsweise geschehen sei, so liegt ein wesentlicher Mangel des Verfahrens vor, der das RMVG. berechtigt, die Sache an das Mil. Vers. Gericht zurückzuverweisen oder selbst den Betrag und Beginn der Gebühr-

nisse festzustellen. In den Gründen der Vorabentscheidung über den Grund des Anspruchs muß dargelegt werden, durch welche besonderen Verhältnisse das Gericht bestimmt worden ist, trotz des Interesses der Beteiligten an einer alsbaldigen endgültigen Erledigung der Sache die Entscheidung über Höhe und Beginn der Leistungen noch vorzubehalten. — RetE. v. 2. 3. 20 (M 295/19 [1]).

Beginn der Zahlung der Versorgungsgebührnisse.

Urteil des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** (1. Sen.) v. 4. November 1919 (M. 8/19).

Das Militärversorgungsgericht hat dem Kläger die Rente vom 23. November 1918 ab, dem Tage der Entlassung aus dem aktiven Militärdienst, zugesprochen. Dies steht nicht im Einklang mit den Vorschriften des § 32 des MVG. Hiernach beginnt die Zahlung der Versorgungsgebührnisse, wenn der Anspruch vor der Entlassung aus dem Dienste angemeldet worden ist — von Empfängern von Gnadengehalt abgesehen —, mit dem ersten Tage des auf die Entlassung folgenden Monats; ist er erst nach der Entlassung angemeldet worden, so beginnt die Zahlung mit dem Monat, in dem die Bedingungen für die Gewährung der Versorgungsgebührnisse erfüllt sind, frühestens jedoch mit dem Monat, in welchem die Anmeldung stattfindet. Der Kläger, der am 23. November 1918 entlassen worden ist, hat den Anspruch am 27. November 1918 angemeldet. Wenngleich die Anmeldung noch im November 1918 erfolgt ist, kann als frühester Termin für den Beginn der Zahlung doch nicht etwa der November 1918, als der Monat der Anmeldung, in Frage kommen. Auch wenn die nach der Entlassung erfolgte Anmeldung des Anspruchs noch in dem Entlassungsmonat selbst vorgenommen wurde, kann die Zahlung nicht etwa mit diesem Monat beginnen. Auch in solchen Fällen muß als frühester Termin der erste des auf die Entlassung folgenden Monats gelten. Bei einer anderen Auslegung des Gesetzes würden die, welche ihren Rentenanspruch im Entlassungsmonat nach der Entlassung angemeldet haben, besser gestellt sein, als die, welche die Anmeldung noch vor der Entlassung vorgenommen haben. Die Rente des Klägers konnte daher erst vom 1. Dezember 1918 ab festgesetzt werden.

Sprechsaal.

Von der Eignung zum Mitglied des Oberversicherungsamts.

In der „Zeitschrift des Gewerkschaftlichen Bundes Deutscher Verwaltungsbeamten“ (Nr. 3/4 von 1920) finden sich der „Deutschen Beamten-Rundschau“ (Nr. 21 von 1919) entlehnte Ausführungen, betreffend Wünsche und Vorschläge über den Aufstieg von Verwaltungsbeamten in höhere Stellen und über die Besoldungsreform. Sie treten dafür ein, daß der organisatorische Aufbau bei allen Behörden der gleiche sein müsse und daß die „wesensgleichen“ Beamten bei allen Behörden, auch den Zentralbehörden, in die gleiche Gehaltsstufe gesetzt werden. Es müsse eine scharfe Trennung der Arbeitsgebiete nach der Schwierigkeit der zu leistenden Arbeiten vorgenommen werden. Es dürfe nicht mehr vorkommen, daß aus rein wirtschaftlichen Gründen Arbeiten, die von gehobenen unteren Beamten erledigt werden können, den Kanzleibeamten oder Assistenten übertragen werden; gleiches gelte von den Sekretären, die jetzt vielfach Arbeiten leisten müßten, die von Kanzleibeamten, Assistenten oder sogar von gehobenen unteren Beamten verrichtet werden könnten. Für Obersekretäre kämen nur solche Arbeiten in Frage, die ganz besondere Gewandtheit, Fähigkeiten, dienstliche Erfahrungen und Gesetzeskenntnisse auf Spezialgebieten erfordern. Anderseits aber müßten selbstverständlich Beamtenklassen, denen man bisher Arbeiten zugemutet habe, die über die sonst an Beamte gleicher Klasse gestellten Anforderungen weit hinausgingen, in die ihren Aufgaben entsprechende höhere Klasse eingereiht werden. Bei der Besetzung der höheren Beamtenstellen, soweit sie nicht umfassende Kenntnis aller Rechtsgebiete erfordern, würden Reich und Staat rationeller wirtschaften, wenn sie auf erprobte mittlere Beamte zurückgreifen würden. Den Beamten der unteren Gruppen müsse durch Einrichtung von Fachschulen die Möglichkeit gegeben werden, sich die für das Einrücken in höhere Gruppen erforderlichen Kenntnisse anzueignen; die zum Eintritt in die Sekretärlaufbahn Berechtigten müßten nach der Sekretärprüfung durch Besuch der Verwaltungsakademie oder der Universität die Möglichkeit haben, sich umfassendere, höhere Kenntnisse anzueignen, die sie zum Aufrücken in Stellen des höheren Dienstes befähigen. Jeder Aufstieg sei künftig vom Bestehen einer Prüfung abhängig zu machen. Für den Aufstieg der mittleren Beamten der Provinzial- und Lokalbehörden in höhere Stellen dürften nur Regierungs-, Steuer-, Kreissekretäre usw. in Betracht kommen, die in erster Linie eine vorzügliche praktische Befähigung — großzügige Arbeitskraft, Organisationstalent — auszeichne und die auch in umfangreicheren Angelegenheiten klar und verständig, mündlich wie schriftlich, ihre Ansicht wiederzugeben vermögen. Zahlreiche Dezernentenstellen bei Regierungen, Oberpräsidien, Landesfinanzämtern, Finanzämtern seien für Besetzung durch mittlere Beamte geeignet; Stellen, die nicht juristische Vorkenntnisse (denn hierzu wäre die Ablegung der juristischen Prüfung notwendig), sondern nur die erwähnte praktische Befähigung erfordern.

Hieran schließt sich die Aufführung der für mittlere Beamte als geeignet erscheinenden Stellen, und über solche Stellen „bei den Regierungen“ wird u. a. bemerkt:

„Oberversicherungsamt. — Das Dezernat für die Spruch- und Beschlußsachen (Invaliden-, Unfall-, Krankenversicherung, Rentenangelegenheiten). Hierbei handelt es sich entweder um rein ärztliche oder um einfachere Rechtsfragen

(Wartezeit, Anwartschaft, Versicherungspflicht, Beitragsberechnungen). Diese Aufstellung bringt nur Beispiele."

Dies ist der Punkt, der uns zu einigen Bemerkungen veranlaßt. Wir gönnen den mittleren Verwaltungsbeamten selbstverständlich jede Möglichkeit eines Aufstieges in geeignete höhere Dienststellen; aber die Frage der Eignung für die Stellen als Mitglieder der Oberversicherungsämter darf nicht so oberflächlich geprüft und abgetan werden, wie es hier geschehen ist. Der Verfasser hat wohl selbst eine dunkle Empfindung von der Unzulänglichkeit seiner Angaben gehabt und deshalb hinzugefügt: „Diese Aufstellung bringt nur Beispiele"; aber diese Beispiele geben auch nicht einmal eine annähernde, ungefähre Vorstellung von dem umfassenden Aufgabenkreise des Oberversicherungsamts in „Spruch- und Beschlußsachen", sie sind vielmehr so gewählt, daß die wichtigsten und schwierigsten Sachen nicht berührt sind. Wir möchten in dieser Richtung, gleichfalls nur beispielsweise, einiges nachtragen und heben nur aus den zur Zuständigkeit der Spruch- und Beschlußkammern gehörigen Sachen folgendes hervor: Beschlußfassung über Veränderungen der Krankenkassenorganisation und Entscheidung auf Beschwerden über die hierbei vorkommenden Auseinandersetzungen, Zuweisung von Mitgliedern und Vermögensteilen (§§ 280, 284, 297, 298, 300, 303 RVO.); Entscheidung in gewissen Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnis der Beamten und Angestellten (§§ 357 Abs. 2, 358); Entscheidung auf Beschwerden über aufsichtliche Anordnungen des Versicherungsamts (§ 377 Abs. 2); Entscheidung bei Streit über das Versicherungsverhältnis, über die Pflicht, Beiträge oder Arbeitgeberzuschüsse zu zahlen oder zurückzuzahlen (§§ 405, 479; also nicht bloß über „Beitragsberechnungen"!); Entscheidung bei Streit über Haftung des Bauherrn oder des Zwischenunternehmers für Beiträge, Prämien usw. (§§ 770, 821); Entscheidungen bei Streit über Zeugnispflicht usw. (§§ 1576, 1619, 1652); Entscheidung über Berufungen aus allen drei Versicherungszweigen, auch im Wiederaufnahmeverfahren (§§ 1675 bis 1693, 1722 bis 1734, 1770, 1771). In zahlreichen von diesen Fällen ist die Entscheidung des Oberversicherungsamts endgültig. Nun ist zuzugeben, daß die große Mehrzahl dieser Sachen so liegen mag, daß ein begabter mittlerer Beamter mit der durch Selbstunterricht und praktische Übung gewonnenen Kenntnis des Versicherungsrechts der Regel nach zur sachgemäßen Erledigung befähigt sein wird. Aber recht oft handelt es sich doch auch um Sachen, zu deren Beurteilung nicht nur eine vertiefte Kenntnis des Systems des Versicherungsrechts notwendig, sondern auch, wegen des Hineinspielens von Fragen aus anderen Rechtsgebieten, mindestens ein Überblick über diese Gebiete und die Fähigkeit erforderlich ist, die Zusammenhänge zu erkennen, die in Betracht kommenden Rechtsnormen aufzufinden, ihren Sinn und ihr Verhältnis zum Reichsversicherungsrecht zu erfassen. Bürgerliches Recht, Staats- und Verwaltungsrecht, allgemeines Strafrecht, ja selbst ausländisches Recht und Normen des internationalen Rechts können dabei in Betracht zu ziehen sein; und soweit es sich um das Verfahren handelt, sind neben den besonderen versicherungsrechtlichen Vorschriften sehr oft Grundsätze und einzelne Vorschriften des bürgerlichen und auch des Strafprozesses ergänzend heranzuziehen*). Die Fähigkeit hierzu wird der Regel nach nur durch ein geregeltes Rechtsstudium und praktische Vorbereitung erworben. Daß es auch unter den nicht in dieser Weise vorbereiteten mittleren Beamten tüchtige, strebsame Männer gibt, „die über ein so ungewöhnliches Maß juristischer Begabung verfügen, daß sie sich aus Kommentaren, Entscheidungen usw. selbständig die erforderlichen Rechtskenntnisse aneignen" (zu vgl. hier Heft 14 S. 261), soll nicht verkannt werden. Das Gesetz selbst rechnet ja damit, indem es für die Eignung zum Mitgliede des Oberversicherungsamts (§§ 68, 69 RVO.) so wenig wie für die Eignung zum stellvertretenden Vorsitzenden des Versicherungsamts (§ 39) die Fähigkeit zum höheren Verwaltungsdienst oder zum Richteramt als Erfordernis aufstellt. Aber die Begründung hebt doch auch ausdrücklich hervor, daß und weshalb als Regel an die theoretische Vorbildung des „Versicherungsamtmanns" gewisse Anforderungen zu stellen sind, die in der Fähigkeit zum höheren Verwaltungsdienst oder zum Richteramt gefunden werden (Begr. S. 28); und für die Eignung zum Mitgliede des Oberversicherungsamts wird doch wohl nichts anderes gelten können.

Hierauf gegenüber der oben mitgeteilten, zur Irreleitung geeigneten Bemerkung hinzuweisen und dadurch die beteiligten Beamten vor Selbsttäuschung und vor Enttäuschungen zu bewahren, dies ist der alleinige Zweck unserer Ausführungen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zum Streit der Ärzte wider die Krankenkassen.

Die fünf großen Kassenverbände haben den ihnen angeschlossenen Krankenkassen folgendes mitgeteilt:

Die vereinigten Krankenkassenhauptverbände hatten den Ärzteorganisationen bei Abbruch der Verhandlungen vom 13. Mai 1920 die Einsetzung eines Schiedsgerichts beim Reichsarbeitsministerium vorgeschlagen. Das Reichsarbeitsministerium hat dann, auf Ersuchen der Kassenverbände um Vermittlung, den Ärzteverbänden die Bildung eines Einigungsamtes angetragen, mit dessen Einsetzung sich beide Parteien schließlich einverstanden erklärten. Das Einigungsamt tagte am 31. Mai und 1. Juni d. J. im Reichsarbeitsministerium unter dem Vorsitz des von den Ärzten vorgeschlagenen Unterstaatssekretärs a. D. Dr. Caspar. Als Beisitzer war von den Ärzten Ministerialrat Dr. Hamel vorgeschlagen worden; ferner hatte das Reichsarbeitsministerium den Krankenkassenverbänden Ministerialrat Dr. Sitzler als Beisitzer empfohlen.

Zunächst wurde die Forderung der Ärzte: „Einführung der organisierten freien Arztwahl bei sämtlichen Krankenkassen" zur Aussprache gestellt. Im Verlaufe einer 1½tägigen Verhandlung kam es zu Vereinbarungen wegen des Arztsystems, über die

*) Es mag dabei darauf hingewiesen werden, daß erfahrungsgemäß gerade die Handhabung von Verfahrungsschriften oft besondere Schwierigkeiten bereitet und daß Verstöße gegen diese Vorschriften die Rechtsprechung verzögern und erschweren (zu vgl. ArbVers. 1920 Heft 14 S. 275).

die als Anlage 1 beigefügte Niederschrift im Reichsarbeitsministerium angefertigt worden ist.

Sodann wurde über die Forderung der Ärzte verhandelt: „Erhöhung der Tarifsätze vom 9. 12. 1919 um 300 v. H."

Die Kassenvertreter erklärten zu dieser Forderung, daß sie eine geeignete Grundlage für Verhandlungen nicht darstelle. Daraufhin ermäßigten die Ärztevertreter ihre Forderung auf 200 v. H. Erhöhung. Die Kassenvertreter gaben darauf mehrfach Angebote bekannt, die jedoch von den Ärzten abgelehnt wurden. Infolgedessen einigte man sich darauf, daß ein Schiedsspruch gefällt werden solle. Eine Erklärung über Annahme oder Ablehnung dieses Schiedsspruchs wurde von beiden Parteien vorbehalten.

Die Unparteiischen fällten hierauf am 2. Juni einen Schiedsspruch, der als Anlage 2 beigefügt ist.

Die Kassenverbände werden nunmehr ihre Organe über ihre Stellungnahme zu dem Ergebnis der Verhandlungen befragen. Die Stellungnahme der beiderseitigen Organisationen wird den beteiligten Krankenkassen alsbald nach dem 15. Juni mitgeteilt werden. Die Ärzte werden voraussichtlich mindestens bis zu diesem Tage den vertragslosen Zustand beibehalten. Infolgedessen sind die Krankenkassen genötigt, mit der gebotenen Energie und Umsicht alle Vorkehrungen zu treffen, die notwendig sind, um eine Schädigung der Kranken und der Kasseninteressen abzuwenden.

Die Kassenverbände sind, unbeschadet ihres Eintritts in Einigungsverhandlungen, hinsichtlich der Rechtslage, die durch den Eintritt des sogenannten vertragslosen Zustandes herbeigeführt worden ist, nach wie vor der Meinung, daß der Fall des § 626 BGB. nicht gegeben ist. Die Ärzte haben also da, wo sie durch Verträge gebunden waren, vertragswidrig gehandelt. Sie sind den Krankenkassen daher für den ihnen aus diesem vertragswidrigen Handeln entstehenden Schaden ersatzpflichtig. Angesichts der jetzigen Sachlage wird es sich aber nicht empfehlen, weitere Klagen auf Feststellung des Weiterbestehens des Vertrages oder Klagen auf Erfüllung des Vertrages einzuleiten. Wohl aber kann die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen erwogen werden. Hierüber werden wir den Kassen später noch Nachricht geben.

Wie der Wiedereintritt geregelter Beziehungen zwischen den Kassen und ihren Ärzten herbeizuführen ist, wird aus der örtlichen Situation zu entscheiden sein, insbesondere ob Verhandlungen auf Grund des Schiedsspruchs beim Vertragsabschluß des Berliner Abkommens einzuleiten sind. Wegen der Änderung des Arztsystems ist in jedem Falle abzuwarten, ob die Ärzte Anträge hierzu stellen.

Weitere Mitteilungen werden den Kassen alsbald nach dem 15. Juni zugehen.

Anlage I.

Vereinbarung über das Arztsystem.

Berlin, den 1. Juni 1920.

Zwischen dem Deutschen Ärztevereinsbund (E. V.) Leipzig und dem Verbande der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen in Leipzig, vertreten durch .... und dem Verbande zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen in Essen, dem Gesamtverbande deutscher Krankenkassen (E. V.), Sitz Essen-Ruhr, dem Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen (E. V.) in Dresden, dem Verband deutscher Innungskrankenkassen in Hannover und dem Allgemeinen Verbande Deutscher Landkrankenkassen, Sitz Berlin, in Perleberg, vertreten durch ... wird folgendes vereinbart:

1. Das Arztsystem wird grundsätzlich der freien Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Ärzten oder ihren Organisationen überlassen.

2. Wo die freie Arztwahl bereits besteht, muß sie aufrechterhalten bleiben, sofern dadurch nicht die Leistungsfähigkeit der Kasse gefährdet wird. Über die Frage, ob eine derartige Gefährdung vorliegt, entscheidet im Streitfall das Schiedsamt. Wo die freie Arztwahl nicht besteht, werden sich die Kassenverbände dem Bestreben der Ärzte, sie einzuführen, nicht entgegenstellen. Im Streitfall ist die Entscheidung des Schiedsamts oder eine Änderung des Arztsystems davon abhängig zu machen, für welches System überwiegend wichtige Gründe vorliegen. Gegen die Entscheidung des Schiedsamts ist in beiden Fällen die Berufung an das Zentralschiedsamt zulässig.

3. Bei der freien Arztwahl kann der Kranke grundsätzlich jeden zugelassenen Arzt in Anspruch nehmen.

In ländlichen, nicht industriellen Bezirken hat der Kranke einen der nächstwohnenden Ärzte zu Rate zu ziehen. Dabei kommt ein Entfernungsunterschied von 2 Kilometern nicht in Betracht. Einen anderen zugelassenen Arzt kann der Kranke in Anspruch nehmen, falls er die dadurch entstehenden Mehrkosten trägt.

Es wird ein Mantelvertrag mit der Organisation der Kassenärzte, daneben ein Einzelvertrag mit jedem Arzt abgeschlossen.

Soweit es sich nicht um rein ärztliche Angelegenheiten handelt, sind alle zur Durchführung des Vertrages bestehenden Ausschüsse, Kommissionen und dergleichen paritätisch zu besetzen.

4. Das Honorar ist grundsätzlich von der Kasse unmittelbar an den einzelnen Arzt zu zahlen. Es kann jedoch vereinbart werden, daß die Zahlung an die kassenärztliche Organisation oder eine gemeinsame Abrechnungsstelle erfolgt. Die Honorarabrechnung ist auf alle Fälle der Kasse zuzustellen. Bestehende Vereinbarungen über die Honorarzahlung werden dadurch nicht berührt.

5. Die Kasse ist berechtigt, Vertrauensärzte anzustellen. Die Auswahl erfolgt aus den von den Ärzteorganisationen Vorgeschlagenen.

6. Zur Ergänzung und Förderung der kassenärztlichen Behandlung wie auch zur Ausgestaltung der allgemeinen gesundheitlichen Fürsorge und Pflege sind die Kassen berechtigt, diagnostische Institute, Beratungs- und Fürsorgestellen, Behandlungsanstalten, für physikalische Therapie oder für medikomechanische Heilmethoden und dergleichen zu errichten. Die Benutzung dieser Einrichtungen steht den Kassenmitgliedern und ihren Angehörigen nach den gleichen Grundsätzen frei, wie die Inanspruchnahme derjenigen zugelassenen Ärzte, die nach den entsprechenden Methoden behandeln. Neben der im allgemeinen stattfindenden Überweisung der Kranken an die Heilanstalten durch die zugelassenen Kassenärzte steht dem Kranken auch die unmittelbare Inanspruchnahme solcher Anstalten frei. Eine Einwirkung der Kasse darf hierbei auf den Kranken nicht ausgeübt werden. Bei Neueinrichtung solcher Anstalten soll nach Möglichkeit eine Indienststellung privater Anstalten versucht werden. Die Anstellung der für solche Einrichtungen benötigten Ärzte erfolgt aus den von der kassenärztlichen Organisation

Vorgeschlagenen. Auch im übrigen sollen Kassen und Kassenärzte bei der Schaffung und Führung solcher Einrichtungen im Einverständnis miteinander vorgehen.

Anlage II.

Schiedsspruch über die ärztliche Vergütung.

Berlin, den 2. Juni 1920.

In der am 1. Juni 1920 abgehaltenen Sitzung des zur Beilegung des Streites der Kassenärzte mit den Krankenkassen errichteten Einigungsamts wurde seitens der Parteien beantragt, daß in der Frage der Höhe der ärztlichen Vergütung durch die Unparteiischen im Einigungsamt ein Schiedsspruch gefällt werde.

Gemäß diesem Antrage traten heute 1. Unterstaatssekretär Dr. Caspar, Exzellenz, 2. Ministerialrat Dr. Hamel, 3. Ministerialrat Dr. Sitzler im Reichsarbeitsministerium zusammen und fällten folgenden Schiedsspruch:

1. Bei der Bezahlung nach einzelnen Leistungen werden die in den Tarifvereinbarungen vom 9. Dezember 1919 festgesetzten Sätze für die Beratung in der Wohnung des Arztes und den Besuch in der Wohnung des Kranken verdoppelt. Sie betragen also 4 und 6 M.

Für die übrigen Leistungen sollen die Mindestsätze der demnächst zu erwartenden neuen preußischen Gebührenordnung gelten. Bis dahin wird auf die Sätze der vor dem 1. Januar 1914 gültigen preußischen Gebührenordnung ein Zuschlag von 150 v. H., für geburtshilfige Leistungen ein solcher von 400 v. H. gewährt.

2. Erfolgt eine Bezahlung nach Pauschbeträgen, so sind diese so zu bemessen, daß nach Abzug der Sonderleistungen in einem Höchstbetrage von 25 v. H. die zu Ziffer 1 genannten Sätze von 4 M. für die Beratung und 6 M. für den Besuch mindestens erreicht werden. Dabei ist anzunehmen, daß im Vierteljahr auf den einzelnen Behandlungsfall nicht über vier einzelne Leistungen (Beratungen oder Besuche) entfallen; dies gilt auch für die Behandlung der Familienangehörigen. Der Feststellung des Verhältnisses der Zahl der Beratungen zu der Zahl der Besuche ist das tatsächliche Ergebnis des vergangenen Vierteljahrs zugrunde zu legen.

3. Für die besetzten Gebiete sind Erhöhungen zu den Sätzen in Ziffer 1 und Ziffer 2 zu vereinbaren.

4. Die neuen Sätze gelten vom 1. April 1920 ab.

5. Über die Annahme dieses Schiedsspruchs haben sich die beiderseitigen Verbände bis zum Ablauf des 15. Juni 1920 dem Reichsarbeitsministerium und der Gegenseite gegenüber schriftlich zu erklären.

Berlin, den 4. Juni 1920.

Vorstehender Schiedsspruch wird wie folgt ergänzt:

Die Wegegebühren nach Ziffer 4 Abs. 2 des Tarifabkommens vom 9. Dezember 1919, die sowohl eine Entschädigung des Arztes für Zeitverlust als auch seine baren Auslagen für Fahrgelegenheiten umfassen, werden für den Doppelkilometer bei Tage auf 6 M., bei Nacht auf 10 M. festgesetzt. In denjenigen Fällen, in denen dem Arzt das Fuhrwerk kostenlos gestellt wird, wird eine Gebühr für Zeitversäumnis von 2 M. bei Tage und von 4 M. bei Nacht für den Doppelkilometer vergütet.

Mitgliederbestand von 226 Krankenkassen Groß-Berlins.

Aus den allwöchentlichen Veröffentlichungen über die Mitgliederbewegung in den Krankenkassen Groß-Berlins ist der Bericht vom 8. bis 15. Mai 1920 hervorzuheben, da hier erstmalig die Wirkung der Einbeziehung der Einkommen von über 5000 ℳ bis 15 000 ℳ in die Krankenversicherungspflicht zum Ausdruck kommt. Die Gesamtzahl der versicherungspflichtigen Mitglieder von 226 Krankenkassen Groß-Berlins zeigt in der Woche vom 8. bis zum 15. Mai die erhebliche Steigerung von 24 620 oder 1,98 %, woran die Männer mit 15 123 oder 2,29 %, die Frauen mit 9497 oder 1,62 % beteiligt sind. Bei den 28 Allgemeinen Ortskrankenkassen beträgt die Erhöhung bei den Männern 4654 oder 1,34 %, bei den Frauen 4343 oder 1,01 %, insgesamt ein Mehr von 8997 oder 1,16 %. Die 195 gewerblich gegliederten Krankenkassen weisen die bedeutende Zunahme von 15 720 oder 3,49 % auf, als Folge einer Steigerung von 10 466 oder 3,35 % bei den Männern und einer solchen von 5254 oder 3,80 % bei den Frauen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Zurückbehaltungsrecht der Krankenkasse wegen Vertragsbruchs der Ärzte.

1. **Nach S...l.** Antwort: Die auf der Verordnung vom 30. April 1920 (Heft 15 S. 287) beruhende Ausdehnung der Versicherungspflicht läßt die bestehenden Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten ganz unberührt und gibt den Ärzten keinen Grund zur fristlosen Kündigung nach § 626 BGB. Dies hat Hahn in der „Betriebskrankenkasse“ Nr. 11 vom 10. Juni 1920 eingehend begründet. Haben die Ärzte gleichwohl ihre kassenärztliche Tätigkeit vor Ablauf der Vertragsdauer eingestellt, so kann die Kasse die Auszahlung des bis dahin von den Ärzten verdienten Honorars verweigern, bis die der Kasse gebührende Leistung bewirkt wird (§ 273 BGB.), das heißt: bis die Ärzte ihre Tätigkeit wieder aufnehmen und der Kasse den aus der vertragswidrigen Einstellung der Tätigkeit entstandenen Schaden ersetzen.

Klage gegen vertragsbrüchige Kassenärzte auf Rückzahlung der ihnen von Kassenmitgliedern bezahlten Vergütung.

2. **Nach Y.** Antwort: Der von dem Arzte mit der Kasse geschlossene Vertrag gilt zugleich als zugunsten der Versicherten abgeschlossen, so daß auch der einzelne Versicherte unmittelbar das

Recht erwirbt, vom Kassenarzt **freie** ärztliche Behandlung zu fordern (§ 328 BGB.; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1c zu § 368 RVO.). Hat dem entgegen ein vertragsbrüchiger Arzt gleichwohl für die Behandlung eines Versicherten von diesem Bezahlung gefordert und erhalten, so hat er den Betrag auf Kosten des Versicherten ohne rechtlichen Grund erlangt und ist auf Grund ungerechtfertigter Bereicherung zur Rückzahlung verpflichtet (§ 812 BGB.). Wir empfehlen der Kasse, in allen zutreffenden Fällen sich diese Ansprüche von den Versicherten abtreten zu lassen und nötigenfalls klageweise gegen die Ärzte vorzugehen.

Erstattung der Familienwochenhilfe durch das Reich.

3. **Nach Duisburg.** Antwort: § 205d Abs. 1 RVO. (Ges. v. 26. 9. 19) bestimmt, daß die Leistungen der Kasse an Familienwochenhilfe ihr zur Hälfte vom Reich erstattet werden und daß hierbei § 197 Abs. 1 Satz 2 entsprechend gilt, daß also für Leistungen, welche die Kasse nach § 195c gewährt, das heißt: für **Sachleistungen**, die im Abs. 1 Satz 2 des § 197 bezeichneten Beträge angesetzt werden. Hat also die Kasse nicht die bare Beihilfe gemäß § 195a Ziff. 3, sondern gemäß einem allgemeinen Vorstandsbeschlusse nach § 195c freie Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden gewährt, so stellt sie dem Reich dafür den im § 197 Abs. 1 Satz 2 vorgesehenen festen Betrag von 15 *M* (zur Hälfte) in Rechnung, während sie, sofern ein solcher Beschluß nicht gefaßt ist, nur die **nachweislich gewährte** bare Beihilfe „bis" zum Betrage von 25 *M* in Rechnung stellen darf.

Ende der Geltung der Verordnungen über Kriegswochenhilfe.

4. **Nach Daun.** Antwort: Die Bekanntm. vom 3. 12 14, betreffend Wochenhilfe „während des Krieges", gilt nicht mehr für eine Wöchnerin, die nach dem 10. 1. 20 niedergekommen ist, da mit diesem Tage der Krieg als beendet gilt Ob der Ehemann, der als Offizierstellvertreter bei einem Abwicklungsamt beschäftigt ist, noch dem Kriegsdienst „ähnliche Dienste" leistet, ist ganz gleichgültig. Er leistet sie jedenfalls nicht mehr, wie § 1 Ziff. 1 der Verordnung voraussetzt, „in diesem Kriege".

Familienwochenhilfe für die Tochter eines Versicherten setzt häusliche Gemeinschaft beim Eintritt des Versicherungsfalles voraus.

5. **Nach Lautenthal.** Antwort: Wir verneinen den Anspruch auf Familienwochenhilfe. Die Tochter hatte dauernd die häusliche Gemeinschaft mit dem Vater aufgegeben und kehrte in dessen Häuslichkeit erst nach der Entbindung auf Grund neuer Entschließung zurück. Voraussetzung für den Anspruch ist aber, daß die häusliche Gemeinschaft beim Eintritt des Versicherungsfalles, also für das Wochen- und das Stillgeld im Zeitpunkt der Entbindung besteht (vgl. ArbVers. 1920 S. 57 Ziff. 3a).

Wochengeld für vier Wochen vor der Niederkunft. — Keine Weiterzahlung nach dem Tode der Mutter und des Kindes.

6. **Nach Kronach.** Fragen: a) Das Ges. v. 30. 4. 20, betreffend Änderung des Wochenhilfegesetzes, sieht im § 195a RVO. vor, daß von den zehn Wochen des Krankengeldbezuges vier in die Zeit **vor** und sechs in die Zeit **nach** der Niederkunft fallen müssen. Jene ersten vier Wochen sind fällig am Tage der Niederkunft. Mit Wirkung vom 10. Mai d. Js. hat unsere Kasse eine neue Lohnklasseneinteilung beschlossen. Wie ist nun bezüglich der Auszahlung der vier Wochen vor der Niederkunft zu verfahren, wenn die Wöchnerin nach dem 10. Mai niederkommt? Erhält diese, wenn die vier Wochen vollständig vor dem 10. Mai liegen, das Wochengeld nach der alten Stufe, die übrigen sechs Wochen aber nach der neuen Stufe? Erfolgt die Niederkunft z. B. am 17. Mai, so hätte die Wöchnerin für drei Wochen Unterstützung nach der alten und für eine Woche nach der neuen Stufe zu erhalten. Ist das richtig?

b) Sind die Wöchnerinnen für jene vier Wochen vor der Niederkunft beitragsfrei, obwohl sie doch größtenteils bis zum Tage der Niederkunft arbeiten?

c) Nach § 195b RVO. (neue Fassung) sind beim Tode der Wöchnerin die noch fälligen Bezüge an denjenigen zu zahlen, der für den Unterhalt des Kindes sorgt. Stirbt nun gleichzeitig oder kurze Zeit darauf das Kind, so sind nach unserem Dafürhalten mit dem Tode des Kindes die noch fälligen Bezüge überhaupt einzustellen. Ist das richtig?

d) Die Zurücklegung der sechsmonatigen Versichertenzeit ist nach unserer Auffassung so zu berechnen, daß die Versicherten **am Tage der Niederkunft** der Wöchnerin sechs Monate hindurch auf Grund der RVO. oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind. Das ist auch der Fall, wenn mit dem Tage der Niederkunft die sechsmonatige Versichertenzeit nachgewiesen, der Beginn der Unterstützung für vier Wochen vor der Niederkunft aber vor die sechsmonatige Versichertenzeit fällt. Ist das richtig?

Antworten: a) Entstehungsgrund des Anspruchs auf Wochengeld ist immer erst die Entbindung. Vor der Entbindung besteht kein Anspruch. Mit der Entbindung aber entsteht der Anspruch für die volle Leistung, d. h. für volle zehn Wochen, und es betrifft nur die Art der Zahlung, wenn jetzt bestimmt ist, daß das Wochengeld für die ersten vier Wochen auf die Zeit vor der Entbindung zu verrechnen und mit dem Tage der Entbindung fällig, also sofort zu zahlen ist, während die Leistung für die weiteren sechs Wochen nach § 210 RVO. mit Ablauf jeder Woche gezahlt wird. Das ändert nichts an der rechtlichen Einheitlichkeit der Gesamtleistung, für deren Bemessung daher einheitlich nur der am Tage der Entbindung geltende Lohnstufensatz maßgebend sein kann.

b) Die Beitragsfreiheit auch für die vier Wochen des Wochengeldbezuges, die vor der Niederkunft liegen, folgt zweifelsfrei aus § 383 Abs. 2 RVO. Die Wöchnerin gilt eben in dieser Zeit als arbeitsunfähig, auch wenn sie tatsächlich ihrer Erwerbstätigkeit nachgeht.

c) Der neue Schlußabsatz des § 195a beruht auf einem Antrage der Abgeordneten Frau Zietz, die ausführte, daß die Wochenhilfe den Schutz des Säuglings bezwecke, und daß man daher die Beihilfe zur Pflege und Ernährung des Säuglings nicht entziehen dürfe, wenn ihm die beste Pflegerin, die Mutter, geraubt ist. (Drucks. der NatVers. 1920 S. 5230 Sp. 1.) Daraus folgt aber auch, daß jeder Grund für die weitere Leistung wegfällt, wenn mit oder nach der Mutter auch der Säugling selbst stirbt.

d) Ihre Auffassung ist in diesem Punkte ganz zweifelsfrei.

Wochenfürsorge für eine „minderbemittelte" Wöchnerin.

7. **Nach X.** Antwort: Für die Beantwortung der Frage, ob die Wöchnerin als „minder-

bemittelt" gilt und daher Anspruch auf Wochenfürsorge nach § 17 Ges. v. 26. September 1919 (§ 9 Ges. v. 30. April 1920) hat, kommt, „sofern sie alleinsteht", nur ihr eigenes Einkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung in Betracht, nicht auch das Einkommen ihres Ehemannes. Diese Fassung, insbesondere der Gebrauch der Zeitform „steht" (nicht: „gestanden hat"), gestattet kaum einen Zweifel, daß es lediglich auf die Lage der Wöchnerin bei Eintritt des Fürsorgebedürfnisses, also regelmäßig zur Zeit der Entbindung, ankommt. Ist der Ehemann vorher, wenngleich erst im Laufe des Jahres oder Steuerjahres vor der Entbindung verstorben, so darf das Einkommen, das er in diesem Jahre gehabt hat, nicht mit in Betracht gezogen werden.

Weitergewährung der Wochenhilfe nach dem Tode der Wöchnerin.

8. **Nach Andernach.** Antwort: Abs. 3 des § 195b RVO. in der Fassung des § 2 Ges. v. 30. 4. 20 (ArbVers. Heft 15 S. 291) hat in der Tat die Bedeutung, daß die Zahlung der Wochenhilfe über den Todestag der Wöchnerin hinaus bis zum Ablauf der gesetzlichen Unterstützungsdauer erfolgt, also die Zahlung des Wochengeldes bis zu 10 Wochen, die des Stillgeldes bis zu 12 Wochen. Es müssen aber beim Tode der Wöchnerin die Voraussetzungen für die spätere Fälligkeit bestehen, man wird daher anzunehmen haben, daß die Wöchnerin bereits gestillt haben muß, sofern das Stillgeld soll beansprucht werden können. Hoffmann meint auch, daß die Wöchnerin den Antrag auf Wochenhilfe gestellt haben muß. (Vgl. ArbVers. Heft 15 S. 285.) Jedenfalls ist auch die Fassung des neuen Gesetzes recht unklar, so daß sich über diese Frage voraussichtlich Meinungsverschiedenheiten ergeben werden.

Eine nur zur Wochenfürsorge berechtigte Wöchnerin kann neben der baren Beihilfe von 50 M nicht noch Ersatz von Arztkosten verlangen.

9. **Nach Obernzell.** Antwort: Dies folgt aus §§ 17, 18 in Verbindung mit § 195a Abs. 1 Ziff. 1 in der Fassung des Ges. v. 26. 9. 19, wonach die minderbemittelte Wöchnerin, für die kein Anspruch auf Wochenhilfe besteht, eben nur Wochenfürsorge, also nicht auch Krankenhilfe, und als Beitrag zu den Kosten der Entbindung nur 50 M, also nicht noch obendrein Ersatz von Arztkosten beanspruchen kann.

Kein Anspruch der Kasse mehr auf Ersatz für Familienwochenhilfe gegen den Vater des unehelichen Kindes.

10. **Nach Düsseldorf.** Antwort: Der § 205c RVO. lautet: „Für den Übergang von Schadenersatzansprüche berechtigter Familienmitglieder (§§ 205a, 205b) auf die Krankenkassen gilt § 1542 entsprechend." Hier hat man bei Abänderung des Gesetzes über die Wochenhilfe usw. vom 26. September 1919 offenbar nur übersehen, die Anführung des § 205a zu beseitigen. Denn dieser Paragraph betrifft ausschließlich „Ansprüche, die aus Schwangerschaft und Niederkunft erwachsen sind", während § 16 des Änderungsgesetzes vom 30. April 1920 (§ 25 der Fassung vom 22. Mai 1920) gerade für diese Ansprüche die Geltung des § 1542 RVO. ausdrücklich ausschließt. Dies aber ist das Entscheidende; eben deshalb ist ja auch der § 14 des Gesetzes vom 26. September 1919, wodurch in den § 1542 das Wort „Schwangerschaft" eingefügt war, durch § 8 des Änderungsgesetzes wieder beseitigt worden. Die Krankenkassen können also gegen den Vater des unehelichen Kindes Ansprüche auf Ersatz für Familienwochenhilfe nicht mehr geltend machen.

Der Anspruch einer freiwillig versicherten Wöchnerin aus § 195a schließt jetzt die Familienwochenhilfe aus.

11. **Nach P.** Antwort: In der Fassung des § 10 Ges. v. 26. 9. 19 (ArbVers. 1919 S. 571) hatten Anspruch auf Familienwochenhilfe gewisse „versicherungsfreie" Angehörige des Versicherten, und als versicherungsfrei galten auch freiwillige Mitglieder. Infolgedessen hatte die freiwillig versicherte Ehefrau eines Versicherten die Wahl, ob sie die Wochenhilfe von ihrer oder von ihres Mannes Kasse verlangen wollte. Das ist mit Recht durch das Gesetz vom 30. 4. 20 (ArbVers. 1920 S. 291) geändert worden. Nunmehr wird jenen Personen die Familienwochenhilfe nur gewährt, „wenn ... ihnen ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a nicht zusteht". Haben freiwillige Mitglieder bereits gegen ihre eigene Kasse Anspruch auf Wochenhilfe, so können sie also diese nicht auch von der Kasse des versicherten Angehörigen verlangen.

[illegible]riff de[illegible] häuslichen Gemeinschaft im Falle der [illegible]milienwochenhilfe.

[illegible] **Stendal.** Antwort: Die Ehefrau [illegible] mann offenbar in der Absicht verlassen, [illegible] ihm getrennt zu leben; denn sie hatte wegen [illegible]ißhandlung die Ehescheidung eingeleitet. Hiernach ist anzunehmen, daß sie mit ihm zur Zeit der Entbindung nicht mehr in häuslicher Gemeinschaft lebte, obwohl sie diese erst einen Tag vorher aufgehoben hatte. Dagegen würde sie die häusliche Gemeinschaft mit ihren Eltern, zu denen sie sich einen Tag vor der Entbindung begeben hatte, begründet haben, wenn sie die Absicht hatte, nicht nur die Wochen bei ihnen zu verbringen, sondern bis auf weiteres dauernd bei ihnen zu bleiben. In diesem Falle wäre für die Familienwochenhilfe die Betriebskrankenkasse zuständig, der der Vater der Wöchnerin angehört. Nach den besonderen Umständen des Falles sehen wir diese Zuständigkeit für gegeben an, obwohl die Frau sich erst einen Tag vor ihrer Niederkunft zu ihren Eltern begeben hat. Denn es ist klar, daß sie ihren Ehemann für die Dauer verlassen hat, und man muß daher annehmen, daß sie ihre natürliche Zuflucht bei den Eltern gleichfalls für die Dauer, das heißt: für einstweilen nicht absehbare Zeit gesucht und gefunden hat. Sie hat also zur Zeit ihrer Niederkunft nicht nur vorübergehend mit dem Vater in häuslicher Gemeinschaft gelebt. — Hierzu sei übrigens bemerkt, daß dies die Rechtslage nach dem Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge in der Fassung vom 26. September 1919 ist. Nach dem Gesetz vom 30. April 1920 ist die häusliche Gemeinschaft Voraussetzung für die Familienwochenhilfe nur bei Töchtern, Stief- und Pflegetöchtern, nicht aber bei den Ehefrauen der Versicherten (§ 4 Ges. v. 30. 4. 20 in ArbVers. Heft 15 S. 291). Diese Änderung kommt aber im vorliegenden Fall nicht zur Anwendung, da die Dauer der Wochenhilfe — 12 Wochen, falls Stillgeld zu gewähren ist — bereits am 3. Mai, also vor dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes — 7. Mai — beendet war.

Mißglückter Arbeitsversuch?

13. **Nach Andernach.** Antwort: Es handelt sich um die Frage, ob die von M. geleistete Arbeit

einen wirtschaftlichen Wert hatte oder ob nur ein mißglückter Arbeitsversuch vorlag. Die Entscheidung hierüber kann nur von Fall zu Fall auf Grund der besonderen Umstände getroffen werden. Daß die Krankheit bereits beim Beginn der Arbeit bestanden hat, genügt nicht, es muß auch Arbeitsunfähigkeit bestanden haben in dem strengeren Sinne, daß der Kranke tatsächlich nicht imstande war, eine Arbeit von einiger wirtschaftlicher Bedeutung zu leisten. (Vgl. Hahn, Handbuch der KrVers., Anm. 22 zu § 165.) Hat er drei Tage gleich einem Gesunden gearbeitet, so kann nicht gut von einem mißglückten Arbeitsversuch die Rede sein, selbst wenn die Arbeit nur unter Verschlimmerung des Leidens möglich war.

Wirkung der Neufestsetzung der Grundlöhne auf Versicherte während eines Stillstandes des Betriebes.

14. **Nach P.** Antwort: Die Arbeitgeber sind mit den Arbeitnehmern dahin übereingekommen, daß während des Betriebsstillstandes für die Dauer von vier Wochen das Arbeitsverhältnis aufrechterhalten bleiben soll und daß die Arbeiter in dieser Zeit „Ferien" haben sollen. Danach ist das Beschäftigungsverhältnis nicht gelöst, sondern nur die tatsächliche Arbeitsleistung unterbrochen. Allerdings wird für die Dauer der Unterbrechung nur teilweise Lohn gezahlt, nämlich für die erste Woche vom Arbeitgeber, während für die weiteren drei Wochen die Stadtgemeinde die Erwerbslosenfürsorge und die ihr danach obliegende Pflicht der Anmeldung zur Krankenversicherung übernommen hat. Ein eigentliches, die Versicherungspflicht begründendes Lohnarbeitsverhältnis (§ 165 RVO.) besteht also nur für die erste Woche; darüber hinaus aber wird durch die Anmeldung seitens der Gemeinde „die Weiterversicherung in der bisherigen Lohnstufe" herbeigeführt (§ 12a Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge). Wenn nun inzwischen bei der Krankenkasse die neue Lohnstufenordnung in Kraft getreten ist, so sind auch die fraglichen Arbeiter auf Grund desjenigen Lohnes einzureihen, der ihrer früheren Pflichtversicherung und jetzigen Weiterversicherung zugrunde lag (zu vgl. Grunow in ArbVers. 1918 S. 182, 183). Ihre Fragen sind also dahin zu beantworten: Eine Pflicht zur Anmeldung hat der Arbeitgeber erst wieder, wenn die Arbeit gegen Entgelt wieder aufgenommen und dadurch die von der Gemeinde bewirkte Weiterversicherung (§ 313 RVO.) beendet wird. In der Zwischenzeit sind Beiträge und Kassenleistungen nach den neuen Grundlohnsätzen zu bemessen, nur unter Beachtung des § 211 RVO., wonach für Versicherungsfälle, die bereits eingetretenen sind, die Grundlohnänderung außer Betracht bleibt.

Fortzahlung der Kassenbeiträge bis zur Abmeldung; Strafe der Versäumung.

15. **Nach Ingolstadt.** Antwort: Wir verweisen auf die wiederholten Ausführungen in unserer Zeitschrift, in denen versucht worden ist, die Tragweite der Entscheidung der RVO. Nr. 2098 so auszulegen, wie es zur Wahrung des dringenden Interesses der Kasse an der Erlangung rechtzeitiger und ordnungsmäßiger Abmeldungen geboten erscheint: ArbVers. 1916 S. 570, 571; 1917 S. 16; 1919 S. 575, 576. Nicht jede Kenntnis der Kasse von einem Vorgange, der es wahrscheinlich macht, daß das Pflichtversicherungsverhältnis beendet ist, genügt als Unterlage für die Berichtigung der Register der Kasse, sondern nur eine Kenntnis, die der Kasse die gleiche Zuverlässigkeit verbürgt, wie die Abmeldung durch den Arbeitgeber. Fehlt es hieran, so ist der Kasse nicht zuzumuten, umständliche Nachforschungen zu veranlassen, um sich eine verläßliche Unterlage erst zu verschaffen. Sie darf dann die ordnungsmäßige Abmeldung abwarten und bis dahin die Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. weiter erheben. Unter diesen Gesichtspunkten bieten die beiden Fälle zu I der Anfrage keine rechtlichen Besonderheiten oder Schwierigkeiten. Es ist lediglich eine Frage der Tatsachenwürdigung, ob die Kasse bis zur Abmeldung durch den Arbeitgeber nicht in der Lage war, ihre Register verläßlich zu berichtigen. Der Fall zu II der Anfrage, in welchem die Abmeldung erst mit der versäumten Anmeldung erfolgte, bietet keinerlei Schwierigkeit. Hier ist die Pflicht des Arbeitgebers, die Beiträge bis zur Abmeldung zu bezahlen, zweifelsfrei (Entsch. des RVA. 2378, ArbVers. 1917 S. 820). — Als Strafe der verspäteten Abmeldung kommt neben der Festsetzung aus § 530 Abs. 2 durch das Versicherungsamt auch die Auferlegung eines Mehrfachen der Beitragsrückstände nach § 531 Abs. 2 in Frage. Es ist keineswegs ganz zweifelsfrei, ob diese Nebenstrafe nicht nur bei Verletzung der Anmeldepflicht von der Kasse verhängt werden kann. Das RVA. hat aber die Vorschrift auch bei verspäteter Abmeldung für anwendbar erachtet (Entsch. 2197, ArbVers. 1916 S. 584).

Einreihung der Weiterversicherten (§ 313 RVO.) in die neuen Lohnstufen.

16. **Nach Hermülheim.** Antwort: Nachdem infolge der Heraufsetzung der Grundlöhne die Lohnstufenordnung der Kasse geändert ist, ist ein freiwillig Weiterversicherter nicht derjenigen Stufe zuzuteilen, die der Nummer nach mit seiner früheren Lohnstufe übereinstimmt, sondern er gehört in diejenige Stufe der neuen Ordnung, welche seinem beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bezogenen Entgelt entspricht (zu vgl. Grunow in ArbVers. 1918 S. 182, 183).

Verpflichtung zur Lieferung von Ersatzgliedern.

17. **Nach Penig.** Antwort: Prothesen sind in der Regel nicht dazu bestimmt, einen kranken Zustand des Körpers zu beseitigen oder das Leiden zu lindern. Sie sind also keine Heilmittel. Infolgedessen sind die Kassen im allgemeinen nicht dazu verpflichtet, sie zu liefern oder ausbessern oder erneuern zu lassen. Prothesen sind vielmehr Hilfsmittel, und zu ihrer Lieferung, Ausbesserung oder Erneuerung ist die Kasse nur dann verpflichtet, wenn die Satzung eine dahingehende Vorschrift enthält (§ 187 Ziff. 3 RVO.). Die Verpflichtung hierzu dürfte sich auf die satzungsmäßige Unterstützungsdauer beschränken. Jedenfalls kann man nicht gut eine sich ständig wiederholende Verpflichtung annehmen. Denn das Schadhaftwerden oder der Verlust eines Ersatzgliedes nach Beendigung des Heilverfahrens stellt überhaupt keine Erkrankung des Körpers dar.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW68, Kochstraße 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1286 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 11. Juli 1920 | Heft 20

Zum Reichsversorgungsgesetz.

Von Regierungsrat Fuisting, ständigem Mitglied des Reichsversicherungsamts und Beisitzer des Reichs-Militärversorgungsgerichts in Berlin.

Mit Wirkung vom 1. April 1920 ist das Gesetz über die Versorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen bei Dienstbeschädigung (Reichsversorgungsgesetz) vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989; zu vgl. Auszug in ArbVers. Heft 17 S. 333) in Kraft getreten. Es tritt an die Stelle der alten Militärversorgungsgesetze, deren Kreis durch das Offizierpensionsgesetz, das Mannschaftsversorgungsgesetz, das Militärhinterbliebenengesetz und einige Nebengesetze gebildet wurde. Diese Gesetze erwiesen sich nach Art und Umfang der Verhältnisse, wie sie der Weltkrieg mit sich brachte, als gänzlich unzureichend. Sie trugen den völlig veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen und dem vom Wandel der Zeit beeinflußten Wechsel der sozialen Anschauungen nicht Rechnung. Schon im Laufe des Krieges trat das Verlangen nach einer Neuregelung dieses Gesetzgebungsstoffes stark hervor; namentlich die Gewerkschaften und der Reichsausschuß der Kriegsbeschädigtenfürsorge traten dafür ein. Indessen der tobende Weltkrieg ließ ein solches Werk nicht zur Entstehung kommen. Jeder Muskel, jeder Nerv war auf die Abwehr der äußeren Feinde gespannt. Um so rühriger ging man nach Beendigung des Krieges daran, die gegebenen Versprechungen zu erfüllen und den Opfern des Krieges wenigstens im Rahmen des Möglichen das zu geben, worauf sie billigerweise Anspruch erheben durften.

Es kann nicht Aufgabe dieses auf engen Raum beschränkten Aufsatzes sein, das Gesetz in allen Einzelheiten zu erörtern und zu würdigen. Nur in großen Umrissen soll ein Bild gegeben werden.

Den Personenkreis, auf den sich das Reichsversorgungsgesetz bezieht, bilden die früheren Angehörigen der deutschen Wehrmacht und ihre Hinterbliebenen; dazu gehören auch die aus der Reichswehr ausgeschiedenen Personen. Außerdem sind noch andere Personen einbezogen, auf die das Gesetz entsprechende Anwendung findet: Das sind vor allem Personen, die selbst zwar nicht Angehörige der deutschen Wehrmacht waren, deren Tun aber zum Heeresdienst in solcher Beziehung steht, daß sie insoweit den Heeresangehörigen gleichzustellen sind. Hierher gehören Personen, die sich auf dem Wege zum Antritt des Militärdienstes oder nach der Entlassung auf dem Heimwege befinden, Personen, die sich auf ihre Kriegsbrauchbarkeit untersuchen lassen, und das Personal der freiwilligen Krankenpflege sowie einige andere im § 88 des Gesetzes näher bezeichnete Personenklassen.

Die Versorgung wird wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen einer Dienstbeschädigung auf Antrag ge-

währt. Der Unterschied von Dienstbeschädigung und Kriegsdienstbeschädigung ist weggefallen und damit auch die Kriegszulage; der dieser ursprünglich innewohnende Gedanke, daß sie eine Anerkennung für die höchste Leistung des Soldaten, die Einsetzung von Leib und Leben vor dem Feinde, sein soll, war unter der neuen Kriegführung bei der damit verbundenen Ausdehnung des Kriegsschauplatzes in seiner eigentlichen Bedeutung sehr zurückgetreten und im Hinblick auf die Opfer, die der Krieg auch im Heimatheer forderte, in dem alte oder in der Gesundheit geschwächte Männer auch im Dienste für das Vaterland Leben oder Gesundheit daran geben mußten, kaum noch zu rechtfertigen. Der Begriff der Dienstbeschädigung schließt sich fast wörtlich an den des § 3 des Mannschaftsversorgungsgesetzes an. Das Gesetz hebt ausdrücklich hervor, daß zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Dienstbeschädigung die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs genügt. Dies entspricht nur dem, was in der Unfallversicherung und auch in der bisherigen Rechtsprechung der Militärversorgungsgerichte anerkannten Rechtes war. Unverschuldete Kriegsgefangenschaft und die ihr eigentümlichen Verhältnisse werden dem Militärdienst und den diesem Dienst eigentümlichen Verhältnissen gleichgestellt.

Leitende Gedanken des Gesetzes sind im übrigen: in erster Linie Heilbehandlung als Rechtsanspruch zur Wiederherstellung oder Besserung einer durch den Militärdienst verursachten oder verschlimmerten Gesundheitsstörung, gleichmäßige Regelung der Ansprüche für Mannschaften und Offiziere ohne Unterscheidung nach Dienstgrad und Rang, Wegfall des Unterschieds zwischen allgemeiner Versorgung und Kriegsversorgung für die Hinterbliebenen (zu vgl. Begründung zum Gesetzentwurf, Drucksache der Verfassunggebenden Deutschen Nationalversammlung Nr. 2663 S. 25). Wie in der Sozialversicherung längst erkannt ist, daß Heilung der körperlichen Schäden besser ist als Rentenversorgung, so und noch mehr ist auch für die Kriegsbeschädigten nunmehr die Heilbehandlung gewissermaßen zur Grundlage der Versorgung gemacht. Ihr Ziel ist Beseitigung oder wesentliche Besserung der durch Dienstbeschädigung verursachten Gesundheitsstörung oder Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit, Verhütung einer Verschlimmerung und Hebung körperlicher Beschwerden. Der Bezug einer Rente oder die Anerkennung des Rentenanspruchs ist nicht unbedingt Voraussetzung der Heilbehandlung. Ihr Inhalt ist ähnlich wie der der Krankenbehandlung in der Unfallversicherung (§ 558 Nr. 1 RVO.). Besonders zu erwähnen ist die Lieferung von Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln für die Sicherung des Erfolges der Heilbehandlung und Erleichterung der Folgen der Dienstbeschädigung. Blinde erhalten einen Führerhund, gewissermaßen auch ein Körperersatzstück, das Auge des Blinden. Für seinen Unterhalt werden nach Ortsklassen abgestufte Beträge gewährt (§ 7 Abs. 4). Heilanstaltpflege und Badekur kann gewährt werden, ebenso Hauspflege durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pflegekräfte nach dem Vorbild der Hauspflege in der Unfallversicherung (§ 599 RVO.). Abgesehen von Körperersatzstücken, Hilfsmitteln und Führerhunden sowie Badekuren, die vom Reiche geliefert oder gewährt werden, liegt die Heilbehandlung den Krankenkassen ob. Hier setzt sich der Gedanke fort, der in der Kriegswochenhilfe seinen Ausgang nahm und in der Wochenfürsorge des Gesetzes vom 26. September 1919 weitergeführt wurde, daß die örtlich leicht erreichbaren Krankenkassen als Träger der Gesundheitspflege eines großen Teiles der Bevölkerung auch als Geschäftsführer des Reiches auf diesem Gebiete zu walten haben. Die Heilbehandlung ist zeitlich nicht begrenzt wie in der Krankenversicherung (§ 183 RVO.), sondern sie wird so lange fortgesetzt, bis durch sie eine Besserung des Gesundheitszustandes oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr zu erwarten ist. Zur Sicherstellung der Heil-

behandlung sind gewisse Notmaßnahmen entsprechend denen des § 370 RVO. für den Fall eines weigerlichen Verhaltens der Ärzte gegenüber Verträgen mit den Kassen vorgesehen. Öffentliche Kranken- und Pflegeanstalten können verpflichtet werden, einen bestimmten Teil ihrer Betten gegen angemessene Vergütung für die Heilbehandlung und Pflege der Beschädigten zur Verfügung zu stellen. Neben der Heilbehandlung, die nicht in einer Heilanstalt oder als Badekur gewährt wird, erhält der Beschädigte, dem nicht schon auf Grund der Krankenversicherung Krankengeld zusteht, solches, soweit es von der zur Leistung der Heilbehandlung verpflichteten Krankenkasse ihm als versicherungspflichtigem Mitglied zu zahlen wäre. Krankengeld und Rente dürfen aber einen bestimmten Höchstbetrag nicht übersteigen. Während der Heilanstaltpflege eines Beschädigten wird den Angehörigen, deren Ernährer er gewesen ist, zur besseren Sicherstellung der wirtschaftlichen Lage der Familie und damit auch zur wirksameren Durchführung des Heilverfahrens ein über die Sätze der Sozialversicherung erheblich hinausgehendes Hausgeld gezahlt, dessen Gewährung aber eine entsprechende Minderung des Einkommens des Beschädigten durch die Erkrankung voraussetzt.

Die Übertragung des Heilverfahrens für Beschädigte auf die Krankenkassen zieht die Kostenersatzfrage nach sich, und diese ist verschieden geregelt, je nachdem die Krankenkasse im Einzelfall auch nach der Reichsversicherungsordnung zur Durchführung des Heilverfahrens — sowohl der Person wie dem gesetz- oder satzungsmäßigen Umfang nach — verpflichtet war oder nicht. Im ersteren Falle werden ihnen ihre Aufwendungen zum Teil — nämlich bei Heilanstaltspflege zu drei Viertel, im übrigen zur Hälfte des satzungsmäßigen Krankengeldes —, im letzteren Falle, also bei der nur auf dem Reichsversorgungsgesetz beruhenden Verpflichtung, ganz ersetzt. Der auf Teilentschädigung abgestellte Ersatz wird aber nur in den ersten Jahren, nämlich bis zum 1. April 1923 und bei einer nach dem 1. April 1920 eingetretenen Dienstbeschädigung bis zum Ablauf der auf die Dienstbeschädigung folgenden drei Kalenderjahre gewährt, da man davon ausging, daß in den ersten Jahren nach der Beschädigung die Belastung der Krankenkassen durch die Folgen der Dienstbeschädigung am stärksten sein, dagegen in den späteren Jahren sich verringern, auch die Feststellung des ursächlichen Zusammenhangs mit der Dienstbeschädigung in den späteren Jahren erschwert sein werde.

Die Streitigkeiten, die sich auf dem Gebiete der Heilbehandlung ergeben, sind einmal solche zwischen dem Beschädigten und der Krankenkasse über den Heilbehandlungsanspruch selbst, dann solche zwischen Krankenkasse und Reich über die Kostenersatzfrage. Beide Arten von Streitigkeiten werden in dem in der Reichsversicherungsordnung für die Krankenversicherung vorgesehenen Spruchverfahren entschieden, also vor dem Versicherungsamt und Oberversicherungsamt. Revision ist ausgeschlossen. Die Frage der örtlichen Zuständigkeit wird noch der Regelung bedürfen, wenn sich hier nicht noch Streitfragen mancherlei Art ergeben sollen (zu vgl. §§ 1773 ff. RVO.). Beim Ersatzstreit bleibt die Entscheidung über den ursächlichen Zusammenhang der Krankheit mit einer Dienstbeschädigung dem Spruchverfahren vor den Versorgungsgerichten vorbehalten, weil sonst dieselbe Streitfrage im Instanzenzuge verschiedener Spruchbehörden entschieden würde. Das Verfahren vor den Instanzen der Krankenversicherung muß dann ausgesetzt werden, bis im Spruchverfahren vor den Versorgungsgerichten entschieden ist.

Entsprechend dem § 606 RVO. kann die Rente auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, wenn der Beschädigte Anordnungen über die Heilbehandlung ohne Grund nicht befolgt und seine Erwerbsfähigkeit dadurch ungünstig beeinflußt wird. Hier entstehende Zweifelsfragen werden in der ausgedehnten Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts ihre Beantwortung finden.

Ganz neu auf dem Gebiete der sozialen Gesetzgebung ist die Einführung eines Anspruchs aus der sozialen Fürsorge. Diese ist durch die Verordnung vom 8. Februar 1919 (R. G. Bl. S. 187) gesetzlich eingeführt und in den vom Reichsausschuß der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge am 6. Dezember 1919 beschlossenen Zuständigkeitsgrundsätzen näher geregelt. Die „soziale Fürsorge“ ist ihrem Wesen und Zwecke nach darauf abgestellt, die schematische Regelung der gesetzlichen Versorgung durch individuelle und ausgleichend wirkende Maßnahmen zu ergänzen. Danach entzieht sie sich im allgemeinen einem Verfahren im Rechtzuge. Eine Ausnahme ist aber gemacht hinsichtlich des Anspruchs auf unentgeltliche berufliche Ausbildung des Beschädigten zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit, insoweit er durch die Dienstbeschädigung in der Ausübung seines Berufes oder in der Fortsetzung einer begonnenen Ausbildung wesentlich beeinträchtigt ist. Entsprechend dem fürsorglichen Charakter dieses Anspruchs steht die Entscheidung darüber der Hauptfürsorgestelle der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge oder der von ihr beauftragten Stelle zu. Der Einspruch gegen die Entscheidung geht an den endgültig entscheidenden Beirat der Hauptfürsorgestelle.

Die ferner gegebenen gesetzlichen Ansprüche sind die auf Rente, Pflegezulage, Beamtenschein, Sterbegeld, Gebührnisse für das Sterbevierteljahr, Hinterbliebenenrente.

Die Rentengewährung geht von anderen Gesichtspunkten aus als die bisherigen Militärversorgungsgesetze. Der Anspruch auf Rente wird begründet durch Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge einer Dienstbeschädigung um mindestens 15 v. H. oder durch schwere Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit, z. B. Verlust der Zeugungsorgane, Entstellung des Gesichts, sofern dies nicht schon bei der Rente für die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit berücksichtigt ist. Für die Bemessung der Rente sind maßgebend: die Minderung der Erwerbsfähigkeit, der Beruf, der Familienstand und der Wohnsitz des Beschädigten. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit wird gemessen nicht lediglich nach äußeren Merkmalen, wie dem Verlust von Gliedmaßen, oder nach dem ärztlichen Befunde, sondern nach der außerhalb der Aufwendung außergewöhnlicher Tatkraft stehenden Fähigkeit, sich Erwerb durch eine Arbeit zu verschaffen, die dem Beschädigten unter Berücksichtigung seiner Lebensverhältnisse, Kenntnisse und Fähigkeiten billigerweise zugemutet werden kann. Die Rente wird gewährt als eine mit 20 v. H. beginnende und in Sätzen von 10 v. H. gestaffelte Grundrente, zu der bei der Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 50 v. H. eine nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit gestaffelte Schwerbeschädigtenzulage tritt. Diese ist in veredelter Gestalt an Stelle der bisherigen, nach äußeren Merkmalen bemessenen Verstümmelungszulage getreten. Um dem früheren Arbeitseinkommen des Beschädigten, ähnlich wie beim Jahresarbeitsverdienst des Unfallverletzten, bei der Rentenbemessung mittelbar billige Berücksichtigung zuteil werden zu lassen, wird dem Beschädigten, der vor dem Eintritt in den Militärdienst oder als Angehöriger der Wehrmacht einen Beruf ausgeübt hat, der erhebliche Kenntnisse und Fertigkeiten erfordert, eine Ausgleichszulage gewährt, die noch erhöht wird, wenn außerdem in dem Beruf ein besonderes Maß von Leistung und Verantwortung nötig war. Die Ausgleichszulage wird auch dem Beschädigten, der erst in der Ausbildung begriffen war, gewährt, wenn nur die Dienstbeschädigung schuld ist, daß er den Beruf nicht ausüben konnte (§ 28 Abs. 2 RVG.). Blinde erhalten stets die Vollrente ohne Rücksicht auf ihre Erwerbsfähigkeit. Zur Grundrente, Schwerbeschädigtenzulage und Ausgleichszulage tritt endlich die Kinderzulage, die in Höhe von 10 v. H. dieser Gebührnisse regelmäßig bis zur Vollendung

des 18. Lebensjahres gewährt wird, und schließlich für den infolge der Dienstbeschädigung hilflosen Beschädigten eine Pflegezulage, die bei dauerndem Krankenlager und der Notwendigkeit außergewöhnlicher Pflege noch erhöht wird.

Die sogenannten „Kannbezüge" des alten Rechts sind so gut wie ganz verschwunden. Immerhin ist ein solcher in das Ermessen gestellter Bezug u. a. im sogenannten Übergangsgeld erhalten geblieben, das, ähnlich wie die bisherige bedingte Rente, gewährt wird, um einem ohne Dienstbeschädigung Beeinträchtigten den Übergang in das Erwerbsleben zu erleichtern. An Stelle des Übergangsgeldes kann auch Heilbehandlung treten (§ 32 Abs. 2 RVG.). Der Beamtenschein tritt an Stelle des bisherigen Anstellungsscheins für den Unterbeamtendienst. Die Grundsätze für die Anstellung der Inhaber des Beamtenscheins erläßt die Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats.

Neu ist die Einführung eines nach Ortsklassen abgestuften Sterbegeldes für den Fall des Todes eines Rentenempfängers. Seine Gewährung hängt nicht davon ab, daß der Tod die Folge einer Dienstbeschädigung ist. Beim Tode eines Rentenempfängers werden außerdem die im letzten Monat vor dem Tode zu zahlenden Gebührnisse für weitere drei Monate an die mit dem Rentenempfänger in häuslicher Gemeinschaft lebenden Verwandten gezahlt.

Ist der Tod die Folge einer Dienstbeschädigung, so wird Hinterbliebenenrente in Gestalt von Witwenrente, Waisenrente oder Elternrente gewährt. Die Witwenrente erhöht sich, wenn die Witwe erwerbsunfähig oder wegen der Pflege und Erziehung von Kindern nicht in der Lage ist, einem Erwerbe nachzugehen, oder sobald die Witwe das 50. Lebensjahr vollendet hat. Ist der Tod nicht die Folge einer Dienstbeschädigung, so kann der Witwe im Falle der Bedürftigkeit eine Witwenbeihilfe gewährt werden.

Die Waisenrente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt, die Elternrente, als deren Bezieher der Vater, die Mutter, der Großvater und die Großmutter, unter Umständen auch Adoptiv-, Stief- oder Pflegeeltern in Betracht kommen, für die Dauer der Bedürftigkeit, wenn der Verstorbene der Ernährer gewesen ist oder nach dem Ausscheiden aus dem Militärdienste geworden wäre, jedoch nur bis zum Ablauf von zwei Jahren nach dem Tode des Beschädigten. Der Begriff der Bedürftigkeit ist im Gesetz näher umschrieben (§ 45 Abs. 2 RVG.).

Zum Ausgleich der an den verschiedenen Orten herrschenden ungleichen Teuerungsverhältnisse wird zu den Rentengebührnissen (Grundrente, Schwerbeschädigten-, Ausgleichs- und Kinderzulage, sowie Hinterbliebenenrente) eine Ortszulage gewährt, die nach Ortsklassen abgestuft ist und ebenfalls dem Rechtsanspruch unterliegt. Um nicht die Landflucht durch den Anreiz höherer Ortszulagen zu begünstigen, wird die Ortszulage des neuen Wohnsitzes erst gezahlt, wenn dieser ein halbes Jahr lang bestanden hat. Neben diesem Ausgleich der örtlich verschiedenartigen Teuerungsverhältnisse wird im Hinblick auf die allgemeine Teuerung zu allen Gebührnissen des Gesetzes eine Teuerungszulage gewährt nach einem Hundertsatze, dessen Höhe durch den Reichshaushaltsplan bestimmt wird.

Da die Grundrente vom Mindestsatz von 480 M. bis zum Höchstsatz von 2400 M., die Schwerbeschädigtenzulage von 150 bis 900 M. geht, hierzu in vielen Fällen die Ausgleichszulage von einem Viertel oder auch der Hälfte dieser Gebührnisse tritt (§§ 27, 28 RVG.) und weiter die Ortszulage und Teuerungszulage, so ergeben sich recht erhebliche Beträge. Wenn aber dem Beschädigten nach Ausscheidung der Versorgungsgebührnisse ein reichseinkommensteuerpflichtiges Jahreseinkommen von mehr als 5000 M. verbleibt, so ruht das Recht auf Versorgungsgebührnisse in bestimmtem, nach Zehnteln gestaffeltem Betrage. Dem Beschädigten verbleibt jedoch die

Schwerbeschädigtenzulage mit der entsprechenden Ausgleichs- und Ortszulage und die Pflegezulage.

Die auf Grund der bisher geltenden Militärversorgungsgesetze zuzahlenden Versorgungsgebührnisse werden nach dem 1. April 1920 so lange weitergezahlt, bis die Gebührnisse nach diesem Gesetz festgestellt sind. Die Anwendung des neuen Gesetzes erfolgt also nicht unmittelbar in den vor den Militärversorgungsinstanzen schwebenden Sachen, vielmehr bedarf es zunächst einer Umwandlung der Bezüge in einem neuen Bescheid. Für die Personen, die nur eine Teilrente von 10 v. H. auf Grund des Mannschaftsversorgungsgesetzes beziehen, ist ein Übergang durch vorläufige Weiterzahlung bis 31. Dezember 1920 und nachherige Abfindung vorgesehen. Entsprechendes gilt für ähnliche Fälle, in denen die bisherigen Gesetze günstiger waren.

Das Reichsversorgungsgesetz findet auch auf Personen Anwendung, deren Versorgungsanspruch sich auf eine nach dem 31. Juli 1914 beendete Dienstleistung (also nicht auf Dienstbeschädigung) gründet. Jedoch steht ihnen die bis zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erklärende Wahl zwischen einer Versorgung nach dem RVG. und nach den bisher für sie geltenden Gesetzesvorschriften oder bei einer nach dem 1. April 1920 beendeten Dienstleistung zwischen dem RVG. und den sonst geltenden Gesetzesvorschriften frei.

Das Verfahren über die Ansprüche aus dem RVG. vollzieht sich vorerst in den Bahnen der Verordnung vom 1. Februar 1919 RGBl. S. 149, ArbVers. S. 131; vgl. Fuisting daselbst S. 141), die neuerdings durch das Gesetz vom 15. Mai 1920 (RGBl. S. 1064, ArbVers. S. 354), namentlich durch Einschränkung des Rekurses, eine Änderung erfahren hat. Die neue Verfahrensordnung steht noch aus.

Der vorstehende kurze Überblick läßt erkennen, daß das Reichsversorgungsgesetz den Forderungen der neuen Zeit weitgehend Rechnung getragen hat. Im verlorenen Kriege ist das deutsche Volk zusammengebrochen, aber es hat der Kriegsopfer nicht vergessen. Gesundheitliche und wirtschaftliche Wiederaufrichtung des deutschen Volkes ist das hohe Ziel, dem das Reichsversorgungsgesetz zu einem wesentlichen Teile dienen soll. Gelingt dies, so wird das Gesetz auch versöhnend wirken und die Kluft überbrücken helfen, die zwischen großen Schichten des Volkes besteht.

Krankenversicherungspflicht in der Schiffahrt und Flößerei.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Von Anfang der Krankenversicherung an entbehrt die versicherungsrechtliche Behandlung der Seeschiffahrt der genügenden Klarheit. Es wurde angenommen, daß sie dem Versicherungszwang nicht unterworfen sei, weil sie zu den Transportgewerben gehöre, die nach § 2 Nr. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883 (RGBl. S. 73) dem Versicherungszwang durch Statut einer Gemeinde oder eines Kommunalverbandes unterstellt werden könnten und von denen nur die Eisenbahn- und Binnen-Dampfschiffahrtsbetriebe in die gesetzliche Versicherung einbezogen waren. Maßgebend für diese Behandlung waren dieselben Gründe, die den Ausschluß von der damals beabsichtigten Unfallversicherung hatten rätlich erscheinen lassen. Darüber wird in der Begründung zum Unfallversicherungsgesetz folgendes angeführt:

„Für die Seeschiffahrt kommt daneben (d. h. neben den mit der Versicherung der Transportgewerbe verbundenen örtlichen Schwierigkeiten) in Betracht, daß das Handelsgesetzbuch eine Reihe von Bestimmungen über die den Schiffsleuten in gewissen Fällen teils vom Reeder, teils vom Schiffer zu gewährende Krankenpflege enthält, und daß es

nicht ratsam erscheint, in die auf dem Herkommen und den Eigentümlichkeiten des Schiffergewerbes beruhenden Bestimmungen des Gesetzes, durch welche die Verhältnisse der Schiffsmannschaft mehr nach Art eines Dienst- als eines Arbeitsvertrages geregelt worden sind, durch ein Spezialgesetz einzugreifen, welches auf die abweichenden Verhältnisse der Industrie berechnet ist (S. 58)."

Bei der Behandlung der anderen Transportgewerbe als der Eisenbahn und Binnen-Dampfschiffahrtsbetriebe als nicht versicherter Betriebe ist übersehen, daß nach § 1 Nr. 2 KrVersGes. die in sonstigen stehenden Gewerbebetrieben beschäftigten Personen der Versicherungspflicht unterworfen waren und daß die Schiffahrt, und zwar sowohl die See- wie die Binnenschiffahrt, zu den stehenden Gewerbebetrieben gehört. Das ergibt sich mit voller Klarheit aus der Gewerbeordnung, denn wenn die Schiffahrt kein stehender Gewerbebetrieb wäre, so wäre es unverständlich, weshalb im § 6 vorgeschrieben ist, daß die Gewerbeordnung auf die Rechtsverhältnisse der Schiffsmannschaften auf Seeschiffen keine Anwendung findet. Ebenso besteht nach der Rechtsprechung (vgl. Entsch. des Kammergerichts vom 3. Februar 1895, Johow Bd. 17 S. 429) kein Zweifel darüber, daß die Schiffahrt zum Verkehrsgewerbe im Sinne des § 105 der Gewerbeordnung gehört, also den Vorschriften über Sonntagsruhe nicht unterworfen ist. Im Hinblick auf den Wortlaut des § 55 der Gewerbeordnung bedarf es selbstredend keines Nachweises, daß die Schiffahrt kein Gewerbebetrieb im Umherziehen ist. Streng genommen war also die Seeschiffahrt, die Binnenschiffahrt und die Flößerei als stehender Gewerbebetrieb dem Versicherungszwang unterworfen. Wenn trotzdem der Betrieb der See- und Binnenschiffahrt als nicht versichert galt, so war dafür die allerdings unzutreffende Vorstellung maßgebend, daß die im § 2 KVG. aufgeführten Betriebe ohne weiteres von den im § 1 a. a. O. aufgeführten Betrieben ausgenommen seien. Nach der strengen Regel der Gesetzestechnik hätten die unter den Begriff des stehenden Gewerbebetriebes fallenden Betriebe im § 1 ausdrücklich ausgenommen werden müssen. Dasselbe gilt von der Flößerei, von der aber gleichfalls angenommen wurde, daß sie zu den Transportgewerben gehöre und daher nach § 2 Ziff. 3 KVG. dem Versicherungszwang nur durch statutarische Anordnungen unterworfen werden könne (s. v. Woedtke Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz, Anm. 11 zu § 1).

Nachdem durch das Ausdehnungsgesetz vom 28. Mai 1885 (RGBl. S. 159) alle Transportgewerbe dem gesetzlichen Versicherungszwang unterstellt und demgemäß durch die Novelle zum KVG. vom 10. April 1892 der § 2 Ziff. 3 gestrichen worden war, wurde im § 1 der Ausdruck „Binnendampfschiffahrtsbetriebe" in „Binnenschiffahrtsbetriebe" geändert und außerdem in der 3. Lesung im § 1 KVG. als Abs. 3 folgende Vorschrift aufgenommen: „Die Besatzung von Seeschiffen, auf welche die §§ 48 und 49 der Seemannsordnung vom 27. Dezember 1872 (RGBl. S. 409) Anwendung findet, unterliegt der Vorschrift nicht", weil, wie v. Woedtke angibt, sonst der Betrieb der Seeschiffahrt als Gewerbebetrieb versicherungspflichtig geworden wäre.

Versicherungsfrei war danach die ganze Besatzung der Seeschiffe, denn die Worte „auf welche" beziehen sich nicht auf „Besatzung", sondern auf „Seeschiffe". Zur Besatzung der Seeschiffe gehörten nach der damals geltenden Seemannsordnung vom 27. Dezember 1872 alle auf dem Seeschiffe beschäftigten Seeleute einschließlich des Schiffers (Kapitäns), der Schiffsoffiziere, der Personen der Mannschaft und derjenigen Personen, welche, ohne zur Schiffsmannschaft zu gehören, auf einem Seeschiffe als Maschinisten, Aufwärter oder in anderer Eigenschaft angestellt waren. Dagegen war die Besatzung der Binnenschiffe und Flöße schlechthin versicherungspflichtig, wobei die Schiffer und Floßführer als Betriebsbeamte bei einem Jahresarbeitsverdienst von 2000 M. versicherungsfrei waren (§ 2b KVG.).

In der Reichsversicherungsordnung sind

im § 165 die Schiffsbesatzung der Seefahrzeuge und die Besatzung der Fahrzeuge der Binnenschiffahrt besonders aufgeführt. Aus welchen Gründen dies geschehen ist, ist nicht ersichtlich. Waren die Betriebe der See- und Binnenschiffahrt schon nach dem KVG. als stehende Gewerbebetriebe an sich versicherungspflichtig und war die Seeschiffahrt besonders aufgeführt, um die Versicherungsfreiheit der Schiffsmannschaft zu gewährleisten, für die nach Ansicht des Gesetzgebers die Krankenversicherungspflicht nicht paßte, so lag doch kein Grund zu einer besonderen Aufzählung dieser Betriebe zur Sicherung des Versicherungszwanges vor, wenn die Versicherungspflicht auf alle gegen Entgelt beschäftigten Personen ausgedehnt wurde. Denn es kann einem begründeten Zweifel nicht unterliegen, daß die Mannschaft der See- und Binnenschiffe zu den Arbeitern im Sinne des § 165 Abs. 1 Nr. 1 der RVO. und die Schiffer und Schiffsoffiziere zu den Betriebsbeamten oder zu den anderen Angestellten in ähnlich gehobener Stellung (§ 165 Abs. 1 Nr. 2 RVO.) gehören. Soweit die Binnenschiffahrt in Betracht kommt, ist in den §§ 20 Abs. 1, 21 Abs. 2 des Ges., betr. die privaten Verhältnisse der Binnenschiffahrt (RGBl. S. 1898, S. 369) ausdrücklich ausgesprochen, daß die Schiffer als Betriebsbeamte und die Schiffsmannschaft als gewerbliche Arbeiter gelten. Die Binnenschiffahrt durfte aber um so weniger hervorgehoben werden, als auch die Floßführer und die Floßmannschaft nach §§ 16, 17 des Gesetzes, betreffend privatrechtliche Verhältnisse der Flößerei vom 15. Juni 1895 in rechtlicher Beziehung als Betriebsbeamte und gewerbliche Arbeiter behandelt werden. Die Besatzung der Flößerei hätte dann gleichfalls den Anspruch erheben können, im § 165 Abs. 1 Ziff. 7 RVO. besonders aufgeführt zu werden. Als Grund für die besondere Anführung der Seefahrzeuge könnte allenfalls gelten, daß für die Krankenpflege der Schiffsbesatzung durch die Seemannsordnung und das Handelsgesetz doch gesorgt sei und deshalb eine Ausnahme gemacht werden müsse; für die besondere Anführung der Besatzung der Fahrzeuge der Binnenschiffahrt greift jedoch diese Erwägung nicht Platz.

Allein zutreffend und klar wäre die Fassung des Gesetzes, wenn die Ziff. 7 des § 165 Abs. 1 RVO. gestrichen und im § 172 RVO. eine neue Ziff. 5 etwa folgenden Inhalts aufgenommen würde: „Die Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge, soweit sie unter die §§ 59 bis 62 der Seemannsordnung (RGBl. 1902 S. 175 und 1904 S. 167) oder unter die §§ 553 bis 553 b des Handelsgesetzbuches fällt."

Dabei möchte ich nicht ohne weiteres der Auffassung von Okraß (ArbVers. 1920 Heft 10 S. 181) beipflichten, daß die Durchführung der Krankenversicherung auf Seeschiffen ohne große Schwierigkeiten möglich sei und daher die Pflicht des Reeders zur Gewährung der Krankenpflege an die Schiffsbesatzung fortfallen solle. Da die Schiffer zu den Angestellten gehören, so ist auch der besondere Vorbehalt im § 165 Abs. 2 RVO. für sie durchaus überflüssig. Wird er aber aufrechterhalten, so werden jedenfalls der Gleichmäßigkeit halber auch die Floßführer aufzunehmen sein.

Übrigens finden sich die gleichen Ungenauigkeiten bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, sowie bei der Angestelltenversicherung. Der § 1226 RVO. führt ebenfalls die Schiffsbesatzung der Seefahrzeuge und die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt besonders auf, obwohl Schiffer und Schiffsoffiziere zu den Betriebsbeamten oder zu den anderen Angestellten in ähnlich gehobener Stellung gehören und die Schiffsmannschaft zu den Arbeitern zu rechnen ist. Auch hier wäre Ziff. 6 zu streichen und die besondere Anführung des Schiffers im § 1226 Abs. 2 a. a. O. zu beseitigen.

Im § 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 989) lautet die Ziff. 6: „Aus der Schiffsbesatzung der Seefahrzeuge und aus der Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt Kapitäne, Offiziere des Decks und Maschinen-

dienstes, Verwalter und Verwaltungsassistenten, sowie die in einer ähnlich gehobenen Stellung befindlichen Angestellten ohne Rücksicht auf ihre Vorbildung, nämlich, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet." — Auch diese Vorschrift könnte unbedenklich fortfallen, ohne daß die Rechtslage dadurch im geringsten geändert würde. Die hier angeführten Beispiele könnten in der Anleitung, betreffend den Kreis der nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherten Personen Verwendung finden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 4 der **Amtl. Nachr.** vom 15. April 1920.)

I. Unfallversicherung.

Das Gesetz, betreffend den Schutz der infolge des Krieges an Wahrnehmung ihrer Rechte behinderten Personen, v. 4. 8. 14 (RGBl. S. 328, ArbVers. S. 565) ist auf die Ausschlußfrist des § 1546 Abs. 1 RVO. nicht anzuwenden (3039 S. 266).

Die Verordnung des Rates der Volksbeauftragten über Gewährung von Straffreiheit und Strafmilderung v. 3. 12. 18 (RGBl. S. 1393) gilt auch für Ordnungsstrafen der Berufsgenossenschaften (3040 S. 267).

Der einer anderen Berufsgenossenschaft überwiesene Betrieb ist im Betriebsverzeichnisse der überweisenden Genossenschaft abzuschreiben, nicht zu löschen. Ein Betrieb, dessen Zugehörigkeit zu einer Berufsgenossenschaft noch streitig ist, kann von ihr nicht einer anderen Genossenschaft überwiesen werden (3041 S. 269).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die einem versicherten Erwerbslosen auf Grund der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge in der Fassung vom 23. 4. 19 (RGBl. S. 149) gewährte Unterstützung ist dem „Arbeitsverdienst" im Sinne des § 186 RVO. und § 3 Ziff. 1 Vrdg. v. 22. 11. 17 (RGBl. S. 1085, ArbVers. S. 817) nicht gleichzustellen (2571 S. 282).

Die Zulässigkeit der Revision richtet sich auch im Falle des § 5 Abs. 1 Vrdg. über Nachentrichtung freiwilliger Beiträge und Anmeldung von Ansprüchen in der Invalidenversicherung v. 14. 12. 18 (RGBl. S. 1437, ArbVers. 1919 S. 32) nach §§ 1694, 1696 RVO. (2572 S. 283).

Ein Dritter, der nach § 23 Vrdg. über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter v. 24. 12. 11 zum Verfahren zugezogen ist, ist nicht berechtigt, Berufung einzulegen (2573 S. 284).

Wenn eine Krankenkasse nach der Satzung für größere Heilmittel einen Zuschuß gewähren darf, so kann das Versicherungsamt im Einzelfalle den Vorsitzenden des Vorstandes zur Mitteilung der Gründe für die Stellungnahme zu dem Antrage anhalten (2574 S. 285).

In Fällen des § 405 Abs. 2 RVO. ist weitere Beschwerde auch dann unzulässig, wenn es sich in erster Linie um Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen Versäumung der Beschwerdefrist handelt (2575 S. 287).

Hausgeld nach § 1271 RVO. ist nur zu gewähren, wenn der Erkrankte vor Beginn des Heilverfahrens solchen Personen Unterhalt gewährt hat, die beim Empfang bereits seine Angehörigen waren (2576 S. 287).

B. Zur Krankenversicherung.

Krankenversicherung Erwerbsloser durch die Gemeinde steht freiwilliger Weiterversicherung gleich.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts der Stadt München** vom 8. Juni 1920 (Nr. 2600 3. K.).

Grundlegend für die Beurteilung des Streitfalles ist die Frage, welchen Charakter die durch Verordnung der Reichsregierung vom 21. Dezember 1918 (RGBl. S. 1445) eingeführte und durch spätere weitere Verordnungen ausgebaute Krankenversicherung der Erwerbslosen hat. Trägt diese Versicherung den Charakter einer Pflichtversicherung, so ist in den Fällen, in welchen bei Eingehen gering entlohnter Beschäftigungsverhältnisse eine Aufzahlung auf den Vollsatz der Erwerbslosenunterstützung stattfindet, die Sachlage dieselbe, als wenn ein Versicherter in zwei oder mehreren versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen steht. Der Verdienst aus diesen Beschäftigungsverhältnissen ist zusammenzuzählen und aus ihn das tägliche Krankengeld zu berechnen. Stellt sich aber die Krankenfürsorge der Erwerbslosen als eine freiwillige Versicherung dar, so erlischt sie gemäß

§ 312 mit § 306 RVO. in dem Augenblicke, in dem eine versicherungspflichtige Beschäftigung eingegangen wird ohne Rücksicht darauf, ob weiterhin seitens der Erwerbslosenfürsorge noch Unterstützung geleistet wird oder nicht.

Die Krankenversicherung der Erwerbslosen, wie sie § 12a der Verordnung vom 21. Dezember 1918 regelt, bildet eine reine freiwillige Weiterversicherung. Die Gemeinden sind nach der Verordnung lediglich verpflichtet, diejenigen Erwerbslosen bei einer Krankenkasse zu melden, die auf Grund der Bestimmungen der RVO. zur Fortsetzung oder zur Aufrechterhaltung einer Versicherung gegen Krankheit berechtigt sind. Sie übernehmen also lediglich die Beiträge zur Krankenversicherung an Stelle der Erwerbslosen. Erst die Verordnung vom 15. April 1919 (RGBl. S. 399) bringt in ihrem § 12b die Möglichkeit einer allgemeinen Versicherung aller in einer Stadt unterstützten Erwerbslosen bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt oder einer anderen Krankenkasse, die im Bezirke der Stadt ihren Sitz hat. Diese Bestimmung, von der auch der Stadtrat Gebrauch gemacht hat, bezweckt aber lediglich, ein erleichtertes Verfahren zu geben, als es das des § 12a der Verordnung ist, und gleichzeitig die Krankenfürsorge für die Erwerbslosen weiter auszubauen. Sie ändert aber nichts an dem Charakter der so zustande gekommenen Kassenzugehörigkeit als einer freiwilligen Versicherung. Das Gegenteil ergibt sich auch nicht aus der Bestimmung des § 12b Abs. 6 der Verordnung, wonach ein Ausscheiden aus der Kasse wegen Wegfalls der Erwerbslosenunterstützung dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung wegen Erwerbslosigkeit gleichsteht, also dem Ausscheidenden noch auf die Dauer von 3 Wochen den Anspruch auf die Leistungen der Kasse gemäß § 214 RVO. erhält. Auch diese Vorschrift soll ersichtlich nur der Fürsorge für die Erwerbslosen während der ersten Zeit nach Wegfall der Erwerbslosenunterstützung, während der u. U. nicht sofort Arbeit gefunden wird, dienen. Dies ergibt sich ersichtlich auch aus der weiteren Bestimmung des § 12b Abs. 6, wonach ein Ausscheiden aus der Krankenkasse wegen Wegfalls der Erwerbslosenunterstützung nicht das Recht zur freiwilligen Weiterversicherung nach § 313 RVO. begründet, also nicht dem Ausscheiden aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gleichsteht.

Trägt also die Krankenversicherung der Erwerbslosen nicht den Charakter einer Pflichtversicherung, sondern denjenigen einer freiwilligen Versicherung, so ist es bedeutungslos, wenn in den Fällen, in welchen bei Eingehen gering entlohnter Beschäftigungsverhältnisse seitens des Stadtrates, sei es freiwillig, sei es auf Grund gesetzlicher Bestimmung, der Differenzbetrag zwischen dieser Entlohnung und dem Satze der Erwerbslosenunterstützung weiterbezahlt wird. Denn diese Weiterzahlung erfolgt ersichtlich nur, um die arbeitslose Bevölkerung, die an sich angesichts der Sätze der Erwerbslosenunterstützung nicht immer geneigt wäre, bei deren Wegfall im Falle des Eingehens eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses geringer entlohnte Arbeit anzunehmen, zur Arbeitsaufnahme und damit zur Verwertung ihrer Arbeitskraft im Dienste der Allgemeinheit anzuhalten. Auch entfällt ja mit dem Augenblick des Eingehens einer versicherungspflichtigen Beschäftigung der Hauptgrund für die Krankenversicherung der Erwerbslosen, nämlich derjenige, ihnen im Erkrankungsfalle eine ausreichende ärztliche Fürsorge zuteil werden zu lassen, da ja in dieser Beziehung bereits durch die mit dem Eingehen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung begründete Kassenzugehörigkeit gesorgt ist.

Nachdem die Krankenversicherung der Erwerbslosen als eine freiwillige Versicherung zu erachten ist, entfällt für das Versicherungsamt die Prüfung der Frage, ob der Stadtrat zu Recht oder zu Unrecht nach den damals geltenden Vorschriften über die Erwerbslosenfürsorge die Differenz zwischen der täglichen Entlohnung und dem täglichen Unterstützungssatz gezahlt hat. Die auf Grund der bis zum 15. August 1919 bezogenen Erwerbslosenunterstützung gemäß der zwischen dem Stadtrat und der Allgemeinen Ortskrankenkasse getroffenen Vereinbarung bestandene Kassenmitgliedschaft der Gl. kam vielmehr mit dem 15. August 1919, das ist dem Tage der Aufnahme der versicherungspflichtigen Beschäftigung bei R., gemäß § 312 RVO. in Wegfall, bzw. wandelte sich ab diesem Tage aus einer freiwilligen in eine Pflichtmitgliedschaft um. Nachdem die Gl. ihrem in diesem Pflichtmitgliedschaftsverhältnis bezogenen Entgelt nach in Lohnstufe II der Allgemeinen Ortskrankenkasse einzureihen war, hatte sie nur ein Anrecht auf ein tägliches Krankengeld von 85 Pf., weshalb zu erkennen war, wie geschehen.

Erwerbslosenunterstützung ist nicht Arbeitsverdienst im Sinne des § 186 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 10. Februar 1920 (2571 Amtl. Nachr. 1920 S. 282).

Satzungsgemäß stand dem Kläger ein Anrecht auf die von ihm verlangten erhöhten Kassenleistungen wie überhaupt auf Hausgeld nur dann zu, wenn er bisher, d. h. unmittelbar vor seiner Erkrankung (zu vgl. Revisionsentscheidung 2545, Amtliche Nachrichten des R. V. A. 1919 S. 412), von seinem Arbeitsverdienst Angehörige seines Haushalts ganz oder überwiegend unterhalten hat.

An dieser Voraussetzung fehlt es im vorliegenden Falle. Mag der Kläger auch tatsächlich Angehörige unterhalten haben, aus seinem Arbeitsverdienste hat er es jedenfalls nicht getan. Denn zu der fraglichen Zeit war der Kläger erwerbslos und bezog die Erwerbslosenunterstützung. Diese ist jedoch ihrem Begriff und Wesen nach vom Arbeitsverdienste verschieden.

Zunächst spricht hierfür der Wortsinn. Der Arbeitsverdienst ist nach seiner sprachlichen Bedeutung der Verdienst aus der Arbeit, und Arbeit ist jede Entfaltung geistiger oder körperlicher Tätigkeit zu wirtschaftlichen Zwecken (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1919 S. 302). Die Arbeit setzt also begrifflich ein Beschäftigungsverhältnis voraus, und nur der auf Grund einer Beschäftigung gewonnene Entgelt kann als Arbeitsverdienst angesehen werden. Es steht hier also Leistung gegen Leistung. Von ganz anderer und eigener Art sind dagegen die auf Grund der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge gezahlten Beträge. Sie werden nach der Absicht des Gesetzgebers und den ausdrücklichen Bestimmungen in der Verordnung (§ 6 daselbst) allen arbeitsfähigen und arbeitswilligen, über 14 Jahre alten Personen gewährt, die infolge des Krieges durch Erwerbslosigkeit sich in bedürftiger Lage befinden. Im Gegensatz zum Arbeitsverdienst ist hier gerade der völlige oder doch zum mindesten teilweise Mangel an Arbeit die Veranlassung zum Geldempfange (zu vgl. Bescheid des R.V.A. vom 4. Januar 1919 in Entsch. und Mitt. des R.V.A. Bd. 10 S. 419), auch steht nicht wie dort Leistung gegen Leistung, sondern der Leistung der Gemeinde entspricht keine Gegenleistung des Unterstützten. Es handelt sich also bei der Erwerbslosenunterstützung, wenn diese auch rechtlich nicht den Charakter der Armenpflege trägt (§ 2 der Verordnung), um Wohlfahrtsleistungen der Gemeinde (zu vgl. Brunn in ArbVers. 1919 S. 402 ff., 406), zu denen allerdings Reich und Staat ihre Zuschüsse gewähren (§ 4 der Verordnung). Dazu, daß solche vom Arbeitsverdienste sich wesentlich unterscheidenden Geldzuwendungen diesem gleichzustellen wären, hätte es einer besonderen Gesetzesbestimmung bedurft. An einer solchen fehlt es jedoch.

Diesen für die Verneinung des Anspruchs des Klägers sprechenden Erwägungen kann nicht, wie es der Kläger will, entgegengehalten werden, daß durch eine auf sie gestützte Entscheidung die Lage der versicherten Erwerbslosen gegenüber den auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung versicherten Kassenmitgliedern verschlechtert werde. Die Kassensatzung gewährt die Erhöhung des Krankengeldes nur dann, wenn der Erkrankte Angehörige seines Haushalts zu unterhalten hatte. Die Erhöhung ist also als eine Zulage für Familienangehörige gedacht. Eine Fürsorge nach dieser Richtung ist aber bereits in der Verordnung vom 23. April 1919 geregelt. Denn dort ist im § 9 vorgeschrieben, daß für Familienmitglieder der Erwerbslosen sogenannte Familienzuschläge zu zahlen sind. Darüber, daß im Falle einer Erkrankung des Versicherten diese Zuschläge in Wegfall kommen, sagt die Verordnung nichts; es ist also die Annahme begründet, daß sie während der Erkrankung fortgezahlt werden sollen. Der Gesetzgeber hat hiernach offenbar durch die genannte Verordnung die Lage der Familienmitglieder der Erwerbslosen sicherstellen wollen ohne Rücksicht auf etwaige dahingehende Mehrleistungen der Krankenkassen und hat es in einer Weise getan, daß für die Kassen keine Veranlassung bestand, ihre Kassenleistungen in dieser Hinsicht auszudehnen. Aus diesem Grunde bestehen auch vom Standpunkt des Versicherten aus keinerlei Bedenken gegen die vom Senate vertretene Auffassung. Im Gegenteil wird diese durch die Bestimmungen der Verordnung über die Familienfürsorge noch unterstützt, denn eine gegenteilige Auslegung würde die Möglichkeit einer Doppelleistung zulassen.

Auskunftspflicht des Vorsitzenden des Kassenvorstandes über Gründe der Ablehnung eines Antrages auf Leistungen (Zuschuß zu größeren Heilmitteln, § 193 Abs. 1 RVO.).

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 16. Januar 1920 (2574 Amtl. Nachr. 1920 S. 285).

Streitig ist lediglich, ob das Versicherungsamt im Aufsichtswege die Mitteilung der Gründe verlangen kann, die die Kasse zu einer ablehnenden Stellung gegenüber dem Antrag eines Versicherten auf Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten eines künstlichen Zahnersatzes veranlaßt haben. Hierbei ist es ohne Bedeutung, welche Erwägungen das Versicherungsamt gerade in dem vorliegenden Falle zu seiner Anordnung veranlaßt haben, und ob und welche Maßnahmen ihm nach Kenntnisnahme der Gründe gegebenenfalls der Kasse gegenüber wegen der Erledigung dieses Antrags zustehen. Daher erübrigt sich ein Eingehen auf diejenigen Ausführungen der weiteren Beschwerdeschrift, die darzulegen suchen, das Versicherungsamt beabsichtigte anscheinend vorliegend die Gewährung eines Zuschusses an den Versicherten N. zu erzwingen.

Für die Entscheidung ist davon auszugehen, daß nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 der Kassensatzung die Kasse einen Zuschuß bis zur Höhe von 40 ℳ für größere Heilmittel gewähren darf. Diese Bestimmung ist, wie auch in der Beschwerdeschrift anerkannt wird, dahin zu verstehen, daß über entsprechende Anträge der Vorstand nicht nach Willkür,

sondern nach pflichtmäßigem Ermessen zu entscheiden hat. Da das Aufsichtsrecht des Versicherungsamts sich nach § 30 der RVO. allgemein darauf erstreckt, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden, so hat es auch darüber zu wachen, daß der Vorstand bei Prüfung solcher Anträge nach pflichtgemäßem Ermessen verfährt. Dabei hat der Vorstand nach § 31 Abs. 2 die weitere Verpflichtung, dem Versicherungsamt alles mitzuteilen, was zur Ausübung des Aufsichtsrechts gefordert wird. Dazu gehört vorliegend auch die Mitteilung der Gründe für seine Stellungnahme zu dem in Rede stehenden Antrag. Denn erst nach Kenntnis dieser Gründe kann das Versicherungsamt prüfen, ob der Vorstand innerhalb seines pflichtmäßigen Ermessens verfahren ist. Es handelt sich also lediglich darum, daß der Vorstand diesen Nachweis erbringt; eine Beschränkung seines satzungsmäßigen Rechtes kann darin, wie zu Unrecht in der Beschwerde angenommen wird, nicht erblickt werden. Unbeachtlich sind auch die Ausführungen der weiteren Beschwerde, daß der Vorsitzende, wenn ein Antrag ohne Erörterung erledigt wird, die Gründe, die die einzelnen Vorstandsmitglieder zu ihrer Entschließung bewogen hätten, nicht mitteilen könne, da sie ihm unbekannt seien. Bei einer ordnungsgemäßen Leitung der Verhandlung wird eine Behandlung solcher Anträge ohne jede Aussprache im allgemeinen nur dann in Frage kommen, wenn darauf die vom Vorstand in den Richtlinien aufgestellten Grundsätze zutreffen. Ist dieses nicht der Fall, so werden die für die Beurteilung des Antrags in Betracht kommenden Gesichtspunkte dargelegt werden müssen, und die Abstimmung wird dann ergeben, ob diese Erwägungen für ausschlaggebend erachtet sind. Sache des Vorsitzenden ist es aber weiter, soweit erforderlich, für eine schriftliche Niederlegung der für die Vorstandsbeschlüsse maßgeblichen Erwägungen zu sorgen. Sollte dieses nicht geschehen und sollten dem Gedächtnis des Vorsitzenden die Einzelheiten entfallen sein, so wäre es seine Sache gewesen, sich durch Befragung der Vorstandsmitglieder geeignete Unterlagen für die seitens des Versicherungsamts verlangte Auskunft zu beschaffen.

C. Zur Unfallversicherung.

Ist neben dem orthopädischen Schuh auch ein Schuh für den unverletzten Fuß zu gewähren?

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 15. April 1920 (Ia 23. 10. 19).

Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nach § 1693 Abs. 1 RVO. ist gerechtfertigt, da der Rekurs nach §§ 1700 Ziff. 1, 588 Ziff. 1 RVO. ausgeschlossen ist und es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung des § 558 Ziff. 1 RVO. von grundsätzlicher Bedeutung handelt.

Allerdings kann die Frage, ob bei Anspruch eines Verletzten auf einen besonderen Schuh für den einen Fuß die Berufsgenossenschaft auch den Schuh für den unverletzten Fuß zu liefern habe, nicht grundsätzlich im bejahenden oder verneinenden Sinne für alle Fälle entschieden werden. Denn es handelt sich dabei im wesentlichen um die tatsächlichen Voraussetzungen des einzelnen Falles. Immerhin aber sind zur Klärung der Frage einige grundsätzliche rechtliche Erwägungen nicht zu umgehen, so daß von einer Ablehnung der Entscheidung und Rückgabe der Akten an das Oberversicherungsamt zur endgültigen Entscheidung dieses Falles abzusehen war.

Als Hilfsmittel zur Erleichterung der Folgen der Verletzung, zu dessen Gewährung der Versicherungsträger nach § 558 Ziff. 1 RVO. verpflichtet ist, kann bei der Verletzung eines Fußes im allgemeinen nur der für diesen Fuß erforderliche, besonders gearbeitete, orthopädische Stiefel betrachtet werden. Der normale Schuh für den unverletzten Fuß dient dagegen nicht der Erleichterung der Folgen der Verletzung des anderen Fußes, sondern er stellt sich nur als die Fußbekleidung dar, die der Verletzte auch ohne den Unfall aus eigenen Mitteln beschaffen müßte. Wenn es auch richtig sein mag, daß ein einzelner Schuh fertig im Handel meist nicht zu haben sein wird, und der Verletzte sich daher den Schuh für den unverletzten Fuß nach Maß wird anfertigen lassen müssen, so werden die hierdurch ihm etwa entstehenden Mehrkosten reichlich dadurch aufgewogen, daß er für die Bekleidung des verletzten Fußes überhaupt nichts mehr aufzuwenden braucht. Im allgemeinen steht also, wie das Oberversicherungsamt richtig annimmt, demjenigen, der infolge eines Betriebsunfalles an einem Fuß einen orthopädischen Stiefel tragen muß, ein Anspruch auf Lieferung des Schuhwerks für den unverletzten Fuß nicht zu.

Nur ausnahmsweise können Fälle vorkommen, in denen infolge der starken Verkrüppelung des einen Beines das Schuhwerk an dem unverletzten Fuß besonders stark und einseitig in Anspruch genommen und in ganz außergewöhnlichem und besonderem Maße abgenutzt wird. Wenn infolgedessen das Schuhwerk für diesen Fuß besonders kostspielig gearbeitet sein oder besonders häufig erneuert werden muß, wird man, sofern dadurch dem Verletzten erhebliche Mehraufwendungen an Fußbekleidung entstehen, ausnahmsweise vielleicht auch das Schuhwerk für den unverletzten Fuß als Hilfsmittel zur Erleichterung der Folgen des Unfalles ansehen können, zu dessen Beschaffung der Versicherungsträger verpflichtet ist. Ersatz für vermehrten Verbrauch an Bekleidung fällt an sich nicht unter die gesetzliche Pflicht der Berufsgenossenschaft zur Unfallentschädigung.

Ein solcher Ausnahmefall liegt aber auch nach dem Ergebnisse der Beweisaufnahme hier nicht vor. Der Kläger hat nach dem ärztlichen Befunde mit dem gelieferten Schuh mit erhöhter Sohle einen recht guten, annähernd normalen Gang, was um so mehr einleuchtet, als die Verkürzung des Beines nur etwa drei Zentimeter beträgt und eine lange Zeit der Gewöhnung verstrichen ist. Die Berufung gegen den die Übernahme der Kosten der Beschaffung eines Stiefels für den unverletzten linken Fuß ablehnenden Bescheid war daher als unbegründet zurückzuweisen.

Berücksichtigung des früheren Berufs des Verletzten bei Bemessung der Unfallrente?

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) vom 28. Februar 1920.

Nach dem Gutachten des Arztes Dr. E. in Hamborn vom 7. August 1918 und dem des Sanitätsrats Dr. D. daselbst vom 1. Oktober 1918 ist die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Klägers durch die bei dem Betriebsunfall vom 13. November 1917 erlittenen Verletzung seines linken Ringfingers für die Zeit bis zum 30. September 1918 mit 10 v. H. abzugelten und für die Zeit nach diesem Zeitpunkt als eine wirtschaftlich nicht mehr in Betracht kommende anzusehen. Dieser Abschätzung der Unfallfolgen .... hat das Reichsversicherungsamt sich angeschlossen. — Daß der Kläger in seinem ursprünglichen Beruf als Geiger durch die Verletzung des linken Ringfingers möglicherweise in höherem Grade geschädigt ist, kommt nicht in Betracht, da für die Bemessung der Unfallrenten in der Regel nur die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht kommt und höchstens der Beruf des Verletzten zur Zeit des Unfalls, nicht aber ein früherer angemessen berücksichtigt werden kann.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Not der Fachzeitschriften,

die weit über die Grenzen des Deutschen Reiches hinaus herrscht, wird hell beleuchtet durch einen Appell, den die vortrefflich geleitete Wiener Zeitschrift für soziale Gesetzgebung, der „Arbeiterschutz", der bisher als Wochenschrift erschien, an seine Bezieher richtet. Wir teilen daraus folgendes mit:

„Die Herausgeber des »Arbeiterschutz« haben in ihrer Sitzung vom 2. Juni beschlossen, das Blatt vom 1. Juli ab dreimal monatlich, und zwar am 1., 10. und 20. jedes Monats, erscheinen zu lassen, um auf diese Art die ins Wahnwitzige gesteigerten Druckkosten teilweise zu ersparen. Überdies sind wir gezwungen, den Bezugspreis für das Blatt ohne Ausnahme auf 40 K. jährlich zu erhöhen. Zur Begründung dieses Beschlusses genügt es, darauf zu verweisen, daß die Herstellungskosten des Blattes, Redaktion und Expedition nicht mitgerechnet, jetzt um fast 1000 Prozent höher sind als im Jahre 1914. Die wirksamste Maßregel gegen diese unerhörte, von den Papierfabriken ausgehende Preissteigerung wäre wohl die Einstellung des Blattes; da der »Arbeiterschutz« aber das einzige Blatt in Deutschösterreich ist, das die Arbeiterversicherung und die Sozialpolitik zu seiner speziellen Aufgabe hat, und da außerdem die Krankenkassen ein Zeitungsorgan unbedingt benötigen, muß von diesem Auskunftsmittel abgesehen werden. Wir sind überzeugt, daß unsere Abnehmer, besonders aber die Krankenkassen, dem »Arbeiterschutz« treu bleiben werden. Gerade jetzt, in dieser trostlosen Zeit, wo das deutschösterreichische Volk von einem in der Weltgeschichte selten vorkommenden Unglück heimgesucht wird und die Arbeiterklasse eine so schwere Verantwortung trägt, müssen wir alle Kräfte aufwenden, um die notwendigen Verständigungsmittel und Verbindungsorgane am Leben zu erhalten. Wir appellieren an die Kassenorganisationen, dem »Arbeiterschutz«, der seit einem vollen Menschenalter ihre Interessen wahrzunehmen sich bemüht, in dieser schweren Zeit in alter und bewährter Treue zur Seite zu stehen." ...

Die Zentralisation der Krankenkassen und das Arztsystem in Hamburg.

Von Herrn W. Detleffsen, Geschäftsführer des Hamburgischen Ausschusses der Ärzte und Krankenkassen, erhalten wir die folgende Darstellung, die von allgemeinem Interesse sein dürfte:

Im Heft 16 S. 313 schreibt Herr Grunow über die Krankenversicherung in Groß-Berlin und betont besonders die Notwendigkeit des Zusammenschlusses, ohne die Schwierigkeiten der Durchführung zu verkennen. Unter Hinweis auf den Mißerfolg im Kreise Niederbarnim, wo man auf dem Verordnungswege zentralisieren wollte, nennt Grunow als Schwierigkeit die gewaltige Verwaltungsarbeit, einerlei, ob man Bezirkskassen oder eine Einheitskasse mit Sektionsbildung ins Auge fassen möchte.

In Hamburg ist die Überwindung dieser Schwierigkeit seit dem 1. Oktober 1919 erfolgt, freilich auch hier nicht ohne gewaltige Verwaltungsarbeit; aber es zeigte sich, daß ihr Umfang und auch die Erfüllung der Aufgabe, die Zusammenlegung möglichst „geräuschlos" zu vollziehen, allein davon abhängt, wie die Zusammenlegung und das neue Gebilde organisiert wird. Je besser beides organisiert ist, desto geringer ist die Verwaltungsarbeit und desto sicherer und geräuschloser erfolgt die Umschaltung.

In Hamburg wurden rund 20 Kassen mit zusammen etwa 300 000 Mitgliedern vereinigt. Die frühere „Ortskrankenkasse für kaufmännische Geschäfte" wurde als aufnehmende Kasse bestimmt. Ihrer Verwaltung also lag zunächst ob, die Aufnahme der übrigen Kassen zu organisieren. Sie wurde unterstützt durch die erfahrenen Verwaltungsbeamten aller Kassen. Sofort nach dem Zusammenschluß ging es an den Ausbau, der hier in der Richtung Einheitskasse mit Bezirksstellen erfolgte. Die Zentralisation ist, im ganzen betrachtet, bestens gelungen. Die Versicherten wurden von dem Vorgange kaum in nennenswertem Maße berührt. Die verhältnismäßig kleine Zahl der sich in der Innenorganisation zeigenden Fehler erklärt sich aus der Notwendigkeit

des Zusammenarbeitens von rund 700 Beamten, die mehr oder weniger ihre Eigenart aus den früheren Kassen mitbrachten. Wenn hierbei nicht alles sofort glatt vonstatten ging, so ist doch anzuerkennen, daß die Beamten den besten Willen, sich aufeinander und auf Arbeit Hand in Hand einzustellen, mitbrachten. Bald nach dem Zusammenschluß übernahm die neue Kasse auch die „gemeinsame Meldestelle".

Die Vorteile des Zusammenschlusses sind schon heute klar erkennbar: 1. Vereinheitlichung der Leistungen; 2. Wegfall des früher üblichen Wettlaufs in Gewährung von Leistungen; 3. stabilere, großzügigere und zielsicherere Finanzpolitik; 4. einheitliche Erledigung der Streitfälle; 5. größere Übersichtlichkeit der Bedürfnisse auf dem Gebiete der Volksgesundheitspflege und großzügigere Betreibung volksgesundheitspflegerischer, krankheitverhütender Einrichtungen. Den Versicherten ist durch den Zusammenschluß gedient, indem die Leistungsfähigkeit ihrer Kasse gesteigert, die Unsicherheit über die Kassenzugehörigkeit beseitigt und die Orientierung erleichtert ist. Sie haben es mit nur einer Satzung und nur der Bezirksstelle ihres Wohnbezirks zu tun.

Der Zentralisation vorauf ging die Neuregelung der Versorgung mit ärztlicher Hilfe. Am 1. Juli 1919 kamen 76 Krankenkassen aller Arten in Groß-Hamburg überein, die Versorgung gemeinschaftlich zu betreiben in der Weise, daß alle an der Kassenpraxis bisher bei den einzelnen Kassen beteiligten Ärzte nunmehr für alle Kassen tätig sind. Die Versicherten können unbekümmert darum, welcher Kasse sie angehören, unter den Ärzten ihres Wohnbezirks wählen. Alle Kassen haben das gleiche Ärzteverzeichnis. Die Mitglieder der Betriebskrankenkassen, von denen noch eine größere Zahl besteht, haben also dieselbe Anzahl Ärzte zur Wahl wie die Mitglieder der großen Kassen.

Die Honorierung der Ärzte erfolgt auch nicht mehr wie vorher von jeder einzelnen Kasse an jeden Arzt nach verschiedenen Pauschalhonorarsätzen, sondern einheitlich durch eine Zentralstelle, und zwar nach Einzelleistungen. Die Kassen führen an diese Verrechnungsstelle einen Teil ihrer Beitragseinnahmen ab (lohnteiliges System). Die so eingegangene Gesamtsumme wird auf die von etwa 600 Ärzten nachgewiesenen Einzelleistungen nach dem Punktsystem verteilt. Während also die Kassen in Epidemiezeiten vor unübersehbarer Steigerung der Arztkosten geschützt sind, ist den Ärzten auch in arbeitsarmen Zeiten ihr regelmäßiges Honorar gesichert. Wenn man anerkennt, daß nur durch friedliche Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen letzteren die volle Erfüllung ihrer großen Aufgaben möglich ist, so muß man zugeben, daß eine Vorbedingung für die Zusammenarbeit auch die gegenseitige Unterstützung auf finanziellem Gebiet ist. Die von Herrn Grunow erwähnten Mängel in der ärztlichen Versorgung bestehen in Hamburg also auch nicht mehr.

Am 1. Juli hat die hier kurz geschilderte Versorgung ein Jahr bestanden. Über drei Vierteljahre liegen die Zahlen vor. Soweit sie allgemein interessieren, mögen sie hier Platz finden.

Die Mitgliederzahl der dem Abkommen angeschlossenen Krankenkassen hat ständig zugenommen, und zwar sind angegeben für das 3. und 4. Vierteljahr 1919: 397 255 und 419 741; für das 1. Vierteljahr 1920: 442 387.

Für diese Mitglieder wurde an Honorar von den beteiligten Krankenkassen abgeführt: im 3. Vierteljahr 1919: 1 730 456,81 M, im 4. Vierteljahr 1919: 1 987 501,10 M, im 1. Vierteljahr 1920: 2 072 912,46 M; dies ergab 4,35[6], bzw. 4,73[5], bzw. 4,68[5] M für je ein Mitglied. Die Mitgliederzahl stieg also in den drei Quartalen um 11,36 %, das Honorar um 19,79 %. Die Neuregelung brachte somit den Ärzten eine bedeutende Mehreinnahme gegenüber den früheren Verhältnissen, wenn man die Umrechnung des Honorars auf ein Mitglied zugrunde legt, und außerdem ist eine automatisch erfolgende Steigerung der Summe festzustellen, die genau dem Grade der Steigerung der Beitragseinnahmen bei den Kassen entspricht. Etwas anders wird das Bild, wenn man das Honorar anstatt auf die Mitglieder auf die Krankheitsfälle verteilt.

Die Anzahl der von den Ärzten des Abkommens in den vorliegenden drei Quartalen behandelten Krankheitsfälle betrug in den erwähnten drei Vierteljahren: 125 987, bzw. 186 762, bzw. 209 545, also eine Zunahme der Fälle um 66,32 %. Es entfielen auf 100 Mitglieder in den drei Vierteljahren 31,7, bzw. 44,4, bzw. 47,3 Fälle und auf das Jahr durchschnittlich 164,5 Fälle.

Über die Zunahme der Krankheitsfälle nach Einführung der freien Arztwahl mußte sich die Ärzteschaft, die im allgemeinen doch gerade dieses Arztsystem fordert, klar sein. Einmal wird bei freier Arztwahl der Weg zum Arzt leichter gefunden, dann aber hörte mehr und mehr der frühere Brauch vieler Versicherten, auch als Kassenmitglied den Privatarzt zu rufen, auf. Das erste Vierteljahr 1920 ist allerdings außerdem mit der Grippeepidemie außergewöhnlich stark belastet.

Die Vergütung stellte sich in den drei Vierteljahren für den einzelnen Fall auf 13,73[5], bzw. 10,64, bzw. 9,89 M. Durchschnittlich wurden in den drei Quartalen also für den Fall 11,08 M bezahlt.

Auch über die „Leistungen" und ebenso über die „Punkte" liegen Zahlen vor, die, hier aufgeführt, jedoch nur die Beurteilung des Ganzen erschweren dürften, da die Zahl der „Leistungen" und der „Punkte" beeinflußt wird durch die Gebührenordnung und weiter durch die etwa vorgenommenen Kontrollen bzw. Abstriche.

Die Ausführungen dürften bewiesen haben: 1. daß Zentralisation der Krankenkassen in großen Städten möglich und notwendig ist; 2. daß das sogenannte „lohnteilige System" in der Form des „Hamburger Abkommens" gut durchführbar ist und gegenwärtig das Zweckentsprechendste für beide Vertragskontrahenten sein dürfte; 3. daß jedoch Voraussetzung für gedeihliche Zusammenarbeit unter diesem System genaue Kenntnis desselben auf beiden Seiten ist, da andernfalls die Parteien leicht aneinander vorbeiurteilen.

Der Krieg zwischen Ärzten und Kassen im Reich hat natürlich auch in Hamburg seine Wirkungen gezeitigt, es ist jedoch dank besonnener Arbeit einer Reihe von Personen aus beiden Lagern bis jetzt noch nicht zu einem vertragslosen Zustand gekommen. Wenn nicht die Teuerungsfrage dazu führt, dürfte hier ein Streik nicht in Frage kommen. Die Verhandlungen über Neufestsetzung des Honorars sind zugleich mit den Beratungen über Beseitigung verschiedener Schönheitsfehler im Abkommen aufgenommen. Mit gutem Willen, der hier auf beiden Seiten vorhanden sein dürfte, wird die Zusammenarbeit auf der Basis des „Hamburger Abkommens" also voraussichtlich nicht in die Brüche gehen, denn im Grunde ihres Herzens wird keine Partei es wieder verlieren wollen, und namentlich die Versicherten werden daran festhalten.

Die Neuregelung des Hamburger Gesundheitswesens.

Am 1. April 1920 ist in Hamburg ein Gesetz in Kraft getreten, das das Gesundheitswesen in völlig neuzeitlichem Geiste umgestaltet. Es wird eine selbständige Gesundheitsbehörde geschaffen, der das gesamte Gesundheitswesen untersteht. Die Behörde setzt sich zusammen aus zwei Senatsmitgliedern, einem bürgerlichen Mitgliede der Finanzdeputation, zwölf Bürgervertretern und dem Präsidenten des Gesundheitsamtes. Zur Seite stehen ihr für Begutachtung bestimmter Fragen auf den einzelnen Arbeitsgebieten Beiräte für wissenschaftliche, gesundheitsfürsorgerische, tierärztliche, Nahrungsmittelkontrolle betreffende, zahnärztliche und Apotheker betreffende Angelegenheiten, denen nach Bedarf noch weitere Beiräte angeschlossen werden können. Das wichtigste Organ der Gesundheitsbehörde ist das Gesundheitsamt, das von einem Präsidenten geleitet wird und aus einer wissenschaftlichen und einer Verwaltungsabteilung besteht. Alle gesundheitlichen Einrichtungen, Krankenhäuser, Forschungsanstalten, Überwachungsstellen, Sanitätspolizei und Standesvertretungen sind dem Gesundheitsamt organisch eingegliedert. Die Gesundheitsbehörde ist in allen gesundheitlichen Angelegenheiten des Hamburgischen Staates für die Begutachtung zuständig. Alle anderen Behörden sind gehalten, ehe sie in gesundheitlichen Fragen Entschließungen fassen, das Gutachten der Gesundheitsbehörde einzuholen. Die Gesundheitsbehörde ist verpflichtet, alle Einrichtungen und Zustände, welche für die öffentliche Gesundheits- und Krankenpflege von Bedeutung sind, zu überwachen, bei drohenden oder eingetretenen Gefahren für die Volksgesundheit, insonderheit bei Seuchen, schleunigst die nötigen Ermittlungen anzustellen, die erforderlichen vorläufigen Anordnungen zu treffen und das weiter Notwendige bei den zuständigen Stellen zu beantragen. Zu ihren Aufgaben gehören die vorbeugende Gesundheitspflege, die Säuglingsfürsorge und die Bekämpfung von Volkskrankheiten, tunlichst in Verbindung mit den dazu berufenen Organisationen. Der Gesundheitsbehörde untersteht das Meldewesen der Geburten durch Ärzte und Hebammen, die ärztliche Leichenschau und das Meldewesen über ansteckende Krankheiten. Die Gesundheitsbehörde übermacht die Ausübung der Heilkunde. Sie erteilt und entzieht gemäß §§ 30 und 53 der Reichsgewerbeordnung die Erlaubnis zum Betriebe von privaten Entbindungs-, Kranken- und Irrenanstalten. Sie ist verpflichtet, diese und die der Krankenfürsorge dienenden Wohltätigkeitsanstalten in regelmäßigen Zwischenräumen durch Sachverständige kontrollieren zu lassen. Weitere Bestimmungen betreffen die Überwachung des niederen Heilpersonals, des Verkehrs mit Heilmitteln usw. Ohne Zweifel ist mit dem hier auszugsweise wiedergegebenen Gesetze für den Hamburgischen Staat ein Werkzeug geschaffen worden, das bei richtiger Handhabung hervorragende Dienste auf dem Gebiete der Volksgesundheit zu leisten vermag. („Concordia", Zeitschr. der Zentralstelle f. Volkswohlfahrt.)

Familienstandslöhne.

Hierüber schreibt die „Soziale Praxis" (Jahrgang 29 Sp. 468): Eine alte sozialethische und bevölkerungspolitische Forderung, die vor dem Kriege aber nur in der Theorie und in einzelnen patriarchalischen Staats- und Gemeindebetrieben anerkannt war — abgesehen von dem Buchdruckertarif, der die Löhne für Verheiratete und Ledige ebenfalls grundsätzlich, wenn auch nur um ein Geringes, abstufte —, hat sich in der Kriegszeit infolge der Teuerung fast auf der ganzen Linie praktische Geltung verschafft. Da die tariflich festgelegten Löhne sich bei der raschen Preissteigerung für den Lebensbedarf immer unzulänglicher erwiesen, suchte man sie durch Teuerungszulagen der herrschenden Marktlage anzupassen und so den Arbeiterfamilien das Durchhalten zu ermöglichen. Was war natürlicher, als diese Teuerungszulagen den wirklichen Notwendigkeiten der Lebensbedarfsdeckung anzupassen, die selbstverständlich beim verheirateten Arbeiter mit mehreren schulpflichtigen Kindern wesentlich größer als beim ledigen Junggesellen sind, also die Zulagen nach dem Familienstand der Arbeiter und ihrer Kinderzahl zu bemessen. Während Arbeiter und Arbeitgeber sonst Bedenken getragen hatten, den verheirateten Arbeiter in der Lohnbemessung anders zu behandeln, als den unverheirateten, der durch seine mindestens ebenbürtigen Arbeitsleistungen Anspruch auf denselben Lohnverdienst wie jener hatte und deshalb einen höheren Lohn beanspruchenden Familienvater leicht aus dem Brot zu verdrängen drohte, gab die Zweiteilung der Löhne in einen Leistungsgrundlohn und in einen Teuerungszuschlagslohn die Möglichkeit, bei letzteren der sozialwirtschaftlichen Gerechtigkeit durch höhere Zuwendungen an den familienreichen Arbeiter Genüge zu tun. Bei der anhaltenden Teuerung, deren Dauer jedenfalls die Dauer auch der längsten Tarifverträge überragt, und der entsprechend fortschreitenden Geldentwertung wurde es aber nötig, bei der Erneuerung der Tarifverträge oder der zahllosen Neuschaffung von Tarifverträgen die ganze Lohntarifierung frisch zu ordnen und die Grundlohnsätze, die längst durch 200- bis 400prozentige Zuschläge in den Hintergrund der Teuerungszulagen gedrängt worden waren, durch ausgiebige Neubemessung wieder zu Normallöhnen und die Teuerungszuschläge wieder zu Anhängseln des Grundlohnes zu machen. Da droht sich der alte Streit um die Familienstandsberücksichtigung bei der Lohnbemessung wiederum zu erheben. Soll man schon in dem nun wieder zur Hauptsache gewordenen Grundlohn Verheiratete und Ledige, die infolge der Teuerung des allernötigsten Kopfbedarfs sehr verschieden viel Geld verbrauchen, angemessen unterscheiden oder die Unterscheidung nur auf die Teuerungszulagen beschränken? Im allgemeinen haben die Tarifgewerbe das letztere Verfahren beibehalten, indem sie feste oder bewegliche Zuschläge auf den Kopf der Familie vereinbarten. In manchen Gewerben begnügte man sich allerdings auch nur mit einer täglichen Kinderzulage je nach der Kopfzahl und mit einem allgemeinen Berufsalterszuschlag in der stillschweigenden Annahme, daß jeder erwachsene Arbeiter von etwa 24 Jahren nach Bereich und Herkommen verheiratet ist oder eine Ersatz-Frau unterhält oder aber für alte Eltern und Anverwandte zu sorgen hat. Damit sucht man den immer wieder auftauchenden Bedenken auszuweichen, daß der höher zu entlohnende Verheiratete dem billigeren ledigen Arbeiter werde den Platz räumen müssen.

Um dieses Bedenken zu überwinden und der verschiedenartigen Entlohnung der Familienväter und der Ledigen die Bahn zu glätten, haben wir, angeregt durch Beobachtungen, wie der österreichischen Apothekerorganisation seinerzeit die Errichtung von Ausgleichskassen vorgeschlagen, in die Arbeitgeber und Arbeiter nach dem statistischen Durchschnittssatz und der Kinderzahl den in dem Tarifvertragsbereich beschäftigten Arbeiter entsprechende Lohnteilbeträge regelmäßig einzuzahlen hätten, um so mit den Mitteln der Ausgleichskasse ohne Überlastung des einzelnen Betriebes, der vielleicht verhältnismäßig viel

Verheiratete beschäftigt, ausreichende Mehrlöhne den Verheirateten zuzuführen. Also eine Art Familienlohnversicherung, gestützt auf das Umlageverfahren. In der Praxis würde natürlich die grundsätzlich von den Arbeitern beizusteuernde Lohnabgabe zur Deckung der Verheiratetenlasten wohl von den Arbeitgebern geleistet werden, da die Abrechnung und Einziehung bei den einzelnen Arbeitern zu mühselig sein und ständige Abwälzungsversuche zur Folge haben würde. Dieser Gedanke der Ausgleichskasse ist neuerdings auch vor einzelnen Gewerkschafts- und Angestelltengruppen erörtert worden. Ein praktischer Versuch zu seiner Verwirklichung ist aber erst in diesen Tagen auf unsere Anregung hin in der Berliner Metallindustrie bei der Neuordnung der Tariflohnzuschläge beschlossen worden. Die Zeitungen berichten darüber:

Der Verband Berliner Metallindustrieller hat in seiner letzten Hauptversammlung beschlossen, der Arbeiterschaft nicht nur bedeutende Zuschläge zu den jetzigen Tariflöhnen in Höhe von 30 Pf. Stundenzuschlag für erwachsene männliche Arbeiter und 20 Pf. Stundenzuschlag für weibliche Arbeiter zu bewilligen, sondern außerdem folgende besondere Wochenzulage nach dem Familienstande vorzuschlagen: unverheiratete erwachsene männliche Arbeiter sollen eine Sonderzulage von 6 *M* wöchentlich, verheiratete außerdem eine solche von 3 *M* für die Frau und 6 *M* für jedes Kind erhalten. Für alleinstehende Frauen ist eine persönliche Teuerungszulage von 6 *M* und für jedes Kind unter 14 Jahren (auch uneheliche) ebenfalls 6 *M* pro Woche gedacht. Ein Teil dieser Zuschläge wird bereits jetzt mit Wirkung vom 2. Januar 1920 gezahlt.

Um nun zu verhindern, daß infolge dieser Entlohnung nach der Größe der Familie etwa kinderreiche Arbeiter entlassen oder bei Neueinstellungen gegenüber ledigen benachteiligt werden, ist eine Regelung dahin getroffen worden, daß die Summe der gezahlten Frauen- und Kinderzulagen innerhalb des Verbandes ausgeglichen werden soll. Firmen, die weniger an Frauen- bzw. Kinderzulagen zahlen, als dem Durchschnitt entspricht, zahlen die Differenz in die Verbandskasse, während Firmen, die mehr als den Durchschnitt für Frauen- bzw. Kinderzulagen zu zahlen haben, die Differenz aus der Verbandskasse vergütet erhalten.

Die Arbeitgeber der Berliner Metallindustrie hoffen durch diese Maßnahme eine dauernde Berücksichtigung des Familienstandes bei der Entlohnung der Arbeiterschaft zu ermöglichen. Sie erwarten anderseits freilich, daß auch die Arbeiter selbst dazu beitragen helfen, daß durch volle Ausnutzung der Arbeitszeit die Einkommensverhältnisse verbessert werden. Sie haben deshalb zugleich mit Bewilligung der Familienzulagen den Vorschlag gemacht, daß nunmehr die reine Arbeitszeit von 46½ Stunden, die bereits in dem früheren Kollektivvertrag vereinbarungsgemäß festgesetzt war, allgemein durchgeführt werde, auch in derjenigen Minderzahl der Betriebe, in denen infolge gewisser „wilder Errungenschaften" der Revolutionszeit jetzt noch weniger als 46½ Stunden gearbeitet wird. Wo hierbei eine Verlängerung der reinen Arbeitszeit eintritt, sollen diese Mehrstunden voll bezahlt werden, so daß hierdurch der bezogene Lohn für die betreffenden Arbeiter sich entsprechend erhöhen würde*).

Wenn diese Ausgleichskasse, wie wir erwarten, sich bewährt, werden auch andere Gewerbe sich zu diesem Verfahren bekehren. Die Arbeitsgemeinschaften der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände sind die gegebenen Stellen, um das Verfahren weiter durchzubilden und zu allgemeiner Anwendung zu führen. Es wird dann einmal der Zeitpunkt kommen, wo die Familienstandslohnzulage durch Leistungen einer allgemeinen öffentlichen Familienstandszuschußversorgung, die sich natürlich nur auf den Lebensmindestbedarf für jeden Kopf beschränken darf, abgelöst werden wird.

Merkblatt
des Rentenausschusses Berlin (F. 81) **über die Angestelltenversicherung der Kriegsteilnehmer.**

I. Da die Wartezeit beim Ruhegeld für männliche Versicherte nach dem Angestelltenversicherungsgesetz mindestens 120 Beitragsmonate beträgt, haben Kriegsteilnehmer, auch wenn sie berufsunfähig geworden sind, zur Zeit regelmäßig keinen Anspruch auf ein Ruhegeld der Angestelltenversicherung. Sie können jedoch bei der Reichsversicherungsanstalt ein Heilverfahren beantragen, wenn sie glauben, dadurch ihre Berufsfähigkeit wiederzuerlangen. Auch können sie den Antrag auf Übernahme der Kosten für ihre Berufsberatung und Berufsumlernung stellen.

Endlich können diejenigen Kriegsteilnehmer, die infolge ihrer Teilnahme am Kriege dauernd berufsunfähig geworden sind oder werden, gemäß der Bundesratsverordnung vom 26. Mai 1916 beim Rentenausschuß die Erstattung der Hälfte der für sie an die Reichsversicherungsanstalt entrichteten Pflichtbeiträge beantragen. Bei freiwilliger Versicherung werden drei Viertel der eingezahlten Beiträge erstattet.

II. Für die Zeit des Kriegsdienstes bestand keine Versicherungspflicht, auch wenn der Kriegsteilnehmer sich in ungekündigter Stellung befand und sein Gehalt ganz oder teilweise weiterbezog. Vielmehr werden die vollen Kalendermonate des Kriegsdienstes einschließlich der Kriegsgefangenschaft nach den Bundesratsverordnungen vom 26. August 1915 und vom 2. August 1917 auf die Wartezeiten und bei Berechnung der Versicherungsleistungen an Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten angerechnet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen. Beiträge, die gleichwohl für Kriegsdienstzeiten entrichtet worden sind, werden auf Antrag erstattet.

III. Für Kriegsteilnehmer, die nach ihrer Rückkehr wieder eine unter das Versicherungsgesetz für Angestellte fallende Stellung annehmen, sind die gesetzlichen Beiträge auch dann zu entrichten, wenn sie eine Militärrente beziehen. Möglicherweise können sie auf Grund dieser Rente auf einen besonderen, an den Rentenausschuß zu richtenden Antrag befreit werden. Solange aber ein solcher Befreiungsbeschluß nicht vorliegt, sind Beiträge zu entrichten. Auch wirkt die Befreiung erst vom Eingang des Antrages.

Eine Versicherungspflicht besteht jedoch dann nicht, wenn der betreffende Angestellte als berufsunfähig anzusehen sein sollte, wenn also seine Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Ein Kriegsteilnehmer ist jedoch nicht schon stets dann als berufs-

*) Wieviel Arbeitsstunden in letzter Zeit zum Schaden der deutschen Volkswirtschaft unausgenützt geblieben sind, zeigt die Tatsache, daß eine der größten Berliner Firmen berechnet hat, daß im letzten Jahre nur in 70 Prozent der Arbeitsstunden, in denen hätte gearbeitet werden sollen, wirklich gearbeitet worden ist und daß, wenn nur die Arbeitszeit ordnungsmäßig eingehalten worden wäre, die Arbeiter 40 Prozent mehr hätten verdienen können, als sie wirklich verdient haben.

unfähig zu erachten, wenn er eine mehr als fünfzigprozentige Militärrente bezieht.

IV. Wenn die Versicherungskarte noch nicht gefüllt ist, kann sie weiter benutzt werden. Sind aber seit dem Tage ihrer Ausstellung fünf Jahre verstrichen, so muß sie durch eine neue ersetzt werden. Ist die alte Versicherungskarte verlorengegangen, so erteilt die Ausgabestelle eine neue.

V. Die Anwartschaft auf die Leistungen der Angestelltenversicherung erlischt, wenn nach dem Kalenderjahr, in welchem der erste Beitragsmonat zurückgelegt worden ist, innerhalb der zunächst folgenden zehn Kalenderjahre weniger als acht und nach dieser Zeit weniger als vier Beitragsmonate während eines Kalenderjahres zurückgelegt worden sind. Zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft sind also für das zweite bis elfte Kalenderjahr der Versicherung je acht und für jedes spätere Kalenderjahr je vier Beitragsmonate erforderlich und genügend. Als Beitragsmonate in diesem Sinne gelten nicht nur die vollen Teilmonate, für welche Beiträge entrichtet sind, sondern auch die vollen und Teilmonate, in denen Heeres- oder Kriegsdienste oder vaterländischer Hilfsdienst (dieser in der Zeit vom 6. Dezember 1916 bis einschließlich 13. November 1918) geleistet sind. Ferner kommen unter anderem auch Krankheitszeiten als Ersatztatsachen in Betracht.

Jeder Kriegsteilnehmer muß also bei seiner Rückkehr auf Grund der Eintragungen in seiner Versicherungskarte oder auf Grund eines von der Reichsversicherungsanstalt zu erbittenden Kontoauszuges prüfen, ob er auf vorstehende Weise vom zweiten Kalenderjahr seiner Angestelltenversicherung ab je acht Beitragsmonate für jedes Kalenderjahr nachweisen kann. Soweit dies nicht der Fall ist, müssen die fehlenden Beiträge freiwillig bis zum 31. Dezember 1921 nachentrichtet werden.

VI. Sind die Rechte aus einer privaten Lebensversicherung während des Krieges erloschen oder gemindert, weil der Versicherungsnehmer seine Verpflichtung zur Beitragszahlung oder eine andere vertragsmäßige Obliegenheit infolge des Krieges nicht rechtzeitig erfüllt hat, so kann nach der Verordnung vom 20. Dezember 1917 ihre Wiederherstellung verlangt werden. Erfolgt die Wiederherstellung, so bleibt eine auf Grund einer Lebensversicherung etwa ausgesprochene Befreiung von der eigenen Beitragsleistung ohne Unterbrechung bestehen.

VII. Nach § 1 Absatz 3 des Gesetzes entfällt die Versicherungspflicht, wenn der Jahresarbeitsverdienst 5000 ℳ übersteigt.

Nach der Verordnung vom 28. August 1918 bleiben aber Angestellte, die versichert sind und aus der Versicherungspflicht ausscheiden würden, weil sich ihr Jahresarbeitsverdienst auf über 5000 ℳ erhöht, versicherungspflichtig, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst 7000 ℳ nicht übersteigt. Ferner werden Angestellte, die versicherungspflichtig waren und nach Ausbruch des Krieges aus der Versicherungspflicht wegen Erhöhung ihres Jahresarbeitsverdienstes auf über 5000 ℳ ausgeschieden sind, vom 1. September 1918 ab wieder versicherungspflichtig, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst 7000 ℳ nicht übersteigt. Für einen Jahresarbeitsverdienst von 5000 bis 7000 ℳ sind die Beiträge der Klasse J zu entrichten.

Bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes ist nur das Einkommen aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zu berücksichtigen, Einkünfte aus sonstigen Quellen (z. B. Militärrenten) bleiben hierbei außer Betracht.

VIII. Soweit nach den vorstehenden Ausführungen im einzelnen Falle Zweifel bestehen, empfiehlt sich eine Anfrage bei der Auskunftsstelle des Rentenausschusses Berlin der Angestelltenversicherung.

Die Bedeutung des amerikanischen Alkoholverbots für Europa.

In einer ernsten wissenschaftlichen Arbeit: „Das Alkoholverbot in den Vereinigten Staaten" schreibt der Schweizer Dr. Hercod: „Welche Bedeutung hat nun das von den Vereinigten Staaten gegebene Beispiel für Europa? ... „Eine amerikanische Grille, die bei uns auch keine Minute Nachdenkens wert ist"? Wer sich die Sache etwas überlegt, wird bald zu einer anderen Meinung kommen. Staatsmänner und Nationalökonomen werden nicht müde, zu wiederholen, daß die Rettung Europas von der Wiederaufnahme der Arbeit und von der Steigerung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abhänge. ... Für die verschiedenen Länder Europas nun ist es eine Lebensfrage, ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit zu bewahren. Es ist aber eine Tatsache, die auch bei der Einführung des Branntweinverbots in Rußland bestätigt wurde, daß das Alkoholverbot die Leistungsfähigkeit quantitativ und qualitativ bedeutend erhöht. Schon von diesem Standpunkt aus — abgesehen von allen anderen Argumenten für das Verbot — sollte Europa den großartigen Versuch Amerikas nicht nur mit wohlwollendem Interesse verfolgen, sondern auch selbst dieses Beispiel (wenigstens durch sehr starke Beschränkung von Alkoholherstellung und -verbrauch. D. Ber.) nachahmen. Von allen großen Nationen gehen einzig die Vereinigten Staaten ungeschwächt und mit einer unvergleichlichen wirtschaftlichen Stellung aus dem Weltkrieg hervor. Wie können wir den Gefahren die Stirne bieten, die diese wirtschaftliche Eroberung in sich birgt, wenn wir, die wir schon an und für sich die Schwächeren sind, uns selbst noch mehr schwächen, indem wir fortfahren, den von uns als schädlich erkannten Trinksitten die Wohlfahrt unserer Völker zu opfern?"

Im Anschluß hieran mag noch folgendes mitgeteilt werden: Die Lebensversicherungsgesellschaft New-York hat nach einer holländischen Quelle die Sterblichkeitsziffer ihrer Versicherten in Deutschland während der ersten vier Kriegsjahre, der Zeit vom 1. August 1914 bis 31. Juli 1918, veröffentlicht. Die Zahl war (eingerechnet die Gefallenen!) um 12 v. H. geringer als während der elf vorhergehenden Jahre. Die Leitung der Gesellschaft glaubt das unerwartete Ergebnis auf größere Mäßigkeit im Essen, Verminderung des Alkoholverbrauchs und Vermehrung der Körperbewegung zurückführen zu sollen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Zur Wochenhilfe für die Ehefrauen der Versicherten.

1. **Nach Langerfeld.** Antwort: Wenn Sie die Bemerkungen von Jaeger im Heft 16 S. 302, in denen von Erleichterungen bei der Familienwochenhilfe die Rede ist, nicht verstehen, so kommt das lediglich daher, daß Sie dem Verfasser etwas unterstellen, was er nicht gesagt hat, indem Sie — nicht der Verfasser! — von Erleichterungen „für die Kasse" reden. Es handelt sich, wie aus dem Inhalt des Aufsatzes klar ersichtlich ist, einerseits um Erleichterungen, anderseits um Einschränkungen des Anspruchs auf Wochenhilfe, und zu den Erleichterungen des Anspruchs gehört die in Frage stehende, daß das Erfordernis des Lebens in häuslicher Gemeinschaft für die Ehefrau des Versicherten weggefallen ist.

Ansprüche aus der Wochenhilfe nach dem Tode der Wöchnerin.

2. **Nach Bünde.** Frage: Eine am 9. 6. 20 entbundene Versicherte ist am gleichen Tage gestorben. Der Geburts- und Sterbefall ist erst am 14. 6. 20 gemeldet. Nach § 1 des Abänderungsgesetzes zum Gesetze vom 26. 9. 19 ist Wochengeld für vier Wochen fällig, doch entfällt nach den Ausführungen Hoffmanns (ArbVers. 1920 S. 203, 285) der Anspruch, da die Anmeldung nicht zu Lebzeiten der Wöchnerin erfolgt ist. Diese Auslegung führt zu Härten, die der Gesetzgeber sicherlich nicht beabsichtigt hat, zumal wie in unserem Falle eine Anmeldung des Anspruchs zu Lebzeiten der Wöchnerin überhaupt nicht möglich war. Es würde also hier nur der Entbindungskostenbeitrag zu zahlen sein. Wir bitten, zu dieser Frage Stellung zu nehmen.

Antwort: Wir teilen die Auffassung Hoffmanns nicht. Sein Hinweis auf die Rechtsprechung des RVA. (nämlich auf die in ArbVers. 1916 S. 36 abgedruckte Entscheidung) wäre nur zutreffend, wenn § 195b Abs. 3 RVO. in der Fassung der Bek. v. 22. 5. 20 (ArbVers. Heft 18 S. 348) so zu verstehen wäre, daß der Anspruch auf die nach dem Tode der Wöchnerin noch fälligen Bezüge durch Erbgang auf denjenigen übergeht, der für den Unterhalt des Kindes sorgt. Eine solche Auslegung aber halten wir nach der Fassung und dem Zwecke der neuen Vorschrift für ausgeschlossen. Es handelt sich um eine „finanzielle Beihilfe zur Pflege und Ernährung des Säuglings" (Drucks. der Nat. Vers. S. 5230 A), die als ein selbständiger Anspruch demjenigen zukommt, der an Stelle der verstorbenen Wöchnerin für die Pflege und Ernährung sorgt. Daher ist dem § 1545 RVO., auf den Hoffmann verweist, genügt, wenn dieser Anspruchsberechtigte den Antrag stellt.

Erstattung des Stillgeldes durch den Schwängerer.

3. **M. 100.** Antwort: Nach § 14 Ges. v. 26. 9. 19 ging auf die Kasse der Anspruch auf Ersatz desjenigen Schadens über, der durch Schwangerschaft entstanden ist. Hierzu gehören aber nicht nur die Aufwendungen, die während des Zustandes der Schwangerschaft selbst entstanden, sondern auch durch deren Folgen, also auch durch die Entbindung und das Wochenbett erforderlich geworden sind. Hierunter fällt auch das Stillgeld. Darum muß nach der genannten Vorschrift der Schwängerer auch hierfür Ersatz leisten. Es ist jedoch zu berücksichtigen, daß § 1542 RVO. nur den Übergang des Anspruches der Wöchnerin auf die Kasse ausspricht, ihn aber nicht erweitert. Nach § 1715 BGB. hat der uneheliche Vater der Mutter die Kosten der Entbindung und des Unterhalts für die ersten sechs Wochen nach der Entbindung zu erstatten; der gewöhnliche Betrag für diese Kosten ist stets zu erstatten ohne Rücksicht auf den wirklichen Aufwand. Der Anspruch erweitert sich, soweit nachweislich darüber hinausgehende Aufwendungen erforderlich waren, also auch über die sechs Wochen hinaus. Nur innerhalb dieses so festgestellten Anspruchs wird der Vater gegenüber der Kasse verpflichtet. Hierbei kann es sich freilich herausstellen, daß, um das Stillen zu ermöglichen, auch über den gewöhnlichen Betrag und über die sechs Wochen hinaus Aufwendungen erforderlich sind; diese würden zum Unterhalt der Mutter gehören, mag auch das Kind mittelbar davon Vorteil haben. Auf diese Weise kann sich entsprechend auch die Erstattungspflicht des Schwängerers gegenüber der Kasse erweitern. — Im übrigen ist zu bemerken, daß allerdings nach §§ 8 und 16 Ges. v. 30. 4. 20 (ArbVers. 1920 S. 292), § 14 Ges. v. 26. 9. 19 aufgehoben ist, der Anspruch der unehelichen Mutter gegen den Schwängerer also nicht mehr auf die Kasse übergeht. Der mitgeteilte Fall ist aber noch nach dem Ges. v. 26. 9. 19 zu entscheiden.

Die Voraussetzungen für die Entstehung eines Anspruchs auf Wochenfürsorge bestimmen sich nach dem zur Zeit der Entbindung geltenden Gesetze.

4. **Nach V.** Antwort: Nach § 27 Abs. 2 der Bekanntm. v. 22. 5. 20 (ArbVers. Heft 18 S. 348) ist das Gesetz über Wochenhilfe usw. in seiner Fassung v. 26. 9. 19 mit dem 1. 10. 1919, in seiner Fassung v. 30. 4. 20 mit dem 7. 5. 20 in Kraft getreten. Im vorliegenden Falle handelt es sich um den Anspruch auf Wochenfürsorge (§ 17) einer Wöchnerin, die am 11. 12. 19, also zwischen den beiden Stichtagen der Gesetzesgeltung, niedergekommen ist. Nach der damals geltenden Fassung des Gesetzes (§ 17) hätte die Wöchnerin keinen Anspruch, weil ihr und ihres Ehemannes Gesamteinkommen im Jahre vor der Entbindung 2500 M überstiegen hatte. Nach der neuen Fassung des Gesetzes würde der Anspruch begründet sein, weil das Gesamteinkommen der Eheleute, die schon zwei Kinder unter 15 Jahren haben, in jenem Jahre 5000 M nicht überstiegen hatte. Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß das neue Gesetz nur die Tatbestände ergreift, die sich unter seiner zeitlichen Herrschaft ereignet haben. Mit der Entbindung war der den Anspruch auf Wochenfürsorge nach § 17 erzeugende Tatbestand

abgeschlossen. Da die Entbindung unter der Geltung der älteren Fassung des Gesetzes erfolgt und nach dieser die Voraussetzung für die Wochenfürsorge in Rücksicht auf die Einkommensverhältnisse der Eheleute nicht gegeben war, ist der erhobene Anspruch unbegründet. Die neue, für die Wöchnerin günstigere Fassung des Gesetzes fand bei ihrem Inkrafttreten einen abgeschlossenen Tatbestand vor und konnte nicht rückwirkend einen Anspruch erzeugen. Für die gegenteilige Auffassung bietet § 27 der neuen Fassung des Gesetzes keinen Anhalt, insbesondere auch nicht der Abs. 4, welcher bestimmt, daß für Versicherungsfälle, die vor dem 7. 5. 20 eingetreten sind, die Vorschriften in der Fassung v. 26. 9. 19 weitergelten, soweit sie für die Wöchnerin günstiger sind. Diese Vorschrift betrifft nicht die Rückwirkung der neuen Gesetzesfassung auf einen vor ihrer Geltung vollendeten Tatbestand, sondern die Weitergeltung der alten, für die Wöchnerin günstigeren Fassung; sie setzt einen nach dieser Fassung an sich bereits begründeten Anspruch voraus und schaltet den Einfluß der neuen Fassung auf die noch laufenden Leistungen aus, soweit sie für die Wöchnerin ungünstiger ist. Einen Rückschluß im Sinne der Klägerin kann diese Vorschrift schlechthin nicht rechtfertigen.

Kosten einer Reise zum Arzt oder zur Badeanstalt.

5. **Nach Buß a. d. Saar.** Antwort: Der in Betracht kommende „Paragraph der RVO." ist § 182 Ziff. 1, wonach die Kasse ärztliche Behandlung und Heilmittel zu gewähren, d. h. selbstverständlich kostenfrei zu gewähren hat. Daraus folgt, daß, wie die Kosten einer Reise des Arztes zum Kranken, so auch die Kosten einer notwendigen Reise des Kranken zum Arzt oder zur Heilbadeanstalt von der Kasse zu tragen sind. Notwendige Kosten sind insbesondere auch die in Frage stehenden Eisenbahnfahrgelder, wenn nach den Umständen des Falles dem Kranken vernünftigerweise oder billigerweise nicht zugemutet werden kann, den Weg zu Fuß zurückzulegen (ArbVers. 1919 S. 378 Ziff. 3). Der Regel nach ist das Fahrgeld der 3. Wagenklasse zuzubilligen (daselbst S. 426).

Zur Geltung der Verordnung vom 30. 4. 20 (ArbVers. Heft 15 S. 287) im oberschlesischen Abstimmungsgebiet.

6. **Nach Pleß.** Frage: Die Verordnung der Reichsregierung vom 30. April 1920 über Heraufsetzung des Grundlohnes und Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung ist für den Bezirk des besetzten Gebietes Oberschlesien nunmehr von der interalliierten Kommission genehmigt worden und dadurch am 1. Juni 1920 in Kraft getreten. Wir ersuchen um Auskunft, ob bei Unterstützungsfällen, die vor dem 1. Juni begonnen haben, bis zum Ablauf des Heilverfahrens der alte Grundlohn in Geltung bleibt und somit das bisherige Krankengeld gezahlt wird, oder ob in solchen Fällen vom 1. Juni ab der neue Grundlohn gilt und daher das erhöhte Krankengeld zu zahlen ist, ohne Rücksicht darauf, daß der Empfangsberechtigte noch keine erhöhten Beiträge gezahlt hat.

Antwort: Die Gesetzeskraft der Verordnung vom 30. April 1920 (zu vgl. §§ 9, 10) beruht auf dem Gesetzgebungsakte der deutschen Regierung, der die gesetzgeberischen Befugnisse in § 3 Abs. 1 der Anlage zum Art. 88 des Friedensvertrages ausdrücklich vorbehalten sind. Die Zustimmung der alliierten Kommission (zu vgl. § 3 Abs. 3) beseitigte nur ein Hindernis der Durchführung des Gesetzes. Der 1. Juni kommt daher als Stichtag überhaupt nicht in Betracht. Die Verordnung aber bedarf, soweit sie die Erhöhung des Grundlohnes betrifft, um praktisch wirksam zu werden, erst des Vollzugs durch Satzungsänderung oder vorläufigen Vorstandsbeschluß gemäß § 3. Erst mit diesen Rechtsakten oder mit dem durch sie bestimmten Tage werden die neuen Grundlohnfestsetzungen wirksam; und sie haben nach § 211 RVO. keinen Einfluß auf Versicherungsfälle, die bereits vorher eingetreten sind. Das Krankengeld insbesondere bemißt sich nach dem zur Zeit der Erkrankung maßgebenden Grundlohn und wird von der späteren Grundlohnänderung nicht berührt (zu vgl. Entsch. des RVA. 2342, ArbVers. 1917 S. 585). Bemerkt sei, daß die Satzung oder der Vorstandsbeschluß die Wirkung der neuen Festsetzung bis zum Inkrafttreten der Verordnung vom 30. April 1920 (§ 9) zurückverlegen kann.

Meldepflicht nach § 317 RVO. bei Überschreiten der Versicherungsgrenze.

7. **Nach M.** Antwort: Die Meldepflicht des Arbeitgebers bezieht sich nach § 317 RVO. auf jeden Beschäftigten, der zur Kassenmitgliedschaft „verpflichtet" ist. Die Vorschrift des Abs. 1, daß Beginn und Ende der „Beschäftigung" zu melden sind, ist daher auf die versicherungspflichtige Beschäftigung zu beziehen, so daß die Meldepflicht auch dann eintritt, wenn ein Beschäftigungsverhältnis sich so ändert, daß es versicherungspflichtig zu sein beginnt oder aufhört. Man wird doch auch nach dem Zwecke der Vorschrift nicht ernstlich zweifeln, daß ein Beschäftigter bei der Kasse angemeldet werden muß, wenn sein bisheriger regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst z. B. infolge Wegfalls von Teuerungszulagen oder Provisionen usw. unter die Versicherungsgrenze des § 165 Abs. 2 RVO. herabsinkt. Entsprechend hat der Arbeitgeber umgekehrt einen bisher Versicherungspflichtigen, dessen Jahresarbeitsverdienst über die Versicherungsgrenze hinaus steigt, abzumelden und bis dahin die Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. fortzuzahlen (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in ArbVers. 1904 S. 429). Auf dem gleichen Zweckgedanken beruht auch die freilich einen anderen Tatbestand betreffende Entsch. des RVA. 2395, ArbVers. 1918 S. 48.

Wann trägt die Kasse die Kosten einer ärztlichen Bescheinigung?

8. **Nach Neumarkt (Schlesien).** Antwort: Es ist etwas viel verlangt, daß wir Ihnen im Rahmen einer Auskunft sagen sollen, „in welchen Fällen die Kassen verpflichtet sind, die Kosten für ärztliche Bescheinigungen zu tragen"; und es ist auch nicht richtig, daß die Jahrgänge von 1914 bis 1919 darüber nichts enthalten. Wir verweisen nur auf 1916 S. 810; 1917 S. 127, 241, 287 Ziff. 3, 312 Ziff. 11; 1918 S. 36, 94, 239 Ziff. 11, 598 Ziff. 11, 657; 1919 S. 179 Ziff. 2. Sollten Sie dort nichts auf Ihren Fall Zutreffendes finden, so werden Sie sich schon herbeilassen müssen, uns den Sachverhalt, um den es sich in Ihrem Falle handelt, zu unterbreiten. — Die weitere Frage, ob die Kasse vom Kassenarzt verlangen kann, daß er angibt, zu welchem Zwecke die Bescheinigung, für die er Bezahlung verlangt, ausgestellt worden ist, ist zu bejahen. Die Kasse muß doch in der Lage sein, zu prüfen, ob es sich um eine

Bescheinigung handelt, deren Kosten sie zu tragen verpflichtet ist. Dazu genügt die Bezeichnung B I 24 a nicht.

Krankengeld für den Tag der Aufnahme ins Krankenhaus und für den Tag der Entlassung; insbesondere bei Unfallverletzten (§ 573 RVO.).

9. **Nach Witten.** Antwort: Das Reichsversicherungsamt hat in der von Ihnen angeführten Entsch. (2508 ArbVers. 1919 S. 337) angenommen, daß der Tag der Aufnahme und der Tag der Entlassung aus dem Krankenhause zusammenzunehmen und die Leistungen auf sie in der Weise zu verteilen sind, „daß für einen ganzen Tag das Krankengeld gezahlt wird, während der andere Tag durch die Krankenhausbehandlung gedeckt wird". Geht man hiervon aus, so entsteht allerdings ein Zweifel, für welchen der beiden Tage das Krankengeld zu zahlen ist, wenn dieses für den Entlassungstag höher ist als für den Aufnahmetag, was infolge des Unfallzuschusses für Verletzte (§ 573 RVO.) vorkommen kann. Unseres Erachtens folgt daraus, daß das Krankengeld mit Ablauf jeder Woche ausgezahlt wird (§ 210 RVO.), daß, sofern der Aufnahmetag nicht etwa aus einem besonderen Grunde, z. B. als Sonntag, kein Krankengeldtag ist, immer zunächst das Krankengeld für diesen Tag zu entrichten ist, woraus dann weiter folgt, daß der Entlassungstag durch die Krankenhauspflege gedeckt ist, Krankengeld für diesen Tag also nur dann in Frage kommt, wenn solches für den Aufnahmetag aus einem besonderen Grunde nicht zu zahlen war. Darin treten wir Ihnen bei, daß der Versicherte am Tage der Entlassung aus dem Krankenhause immer als arbeitsunfähig anzusehen ist, wenn er im Hinblick auf die Umstände des Falles, insbesondere wegen der Stunde der Entlassung außerstande ist, seine Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen.

a) **Wirkung der Neufestsetzung der Grundlöhne auf Leistungen im Falle des § 311 RVO.**
b) **Zur Auslegung des § 214 Abs. 2 RVO.**

10. **Nach Hamburg.** Antwort: a) Daß nach § 311 RVO. Arbeitsunfähige, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat, also gegebenenfalls auch über die Dauer ihres Beschäftigungsverhältnisses hinaus, Mitglieder bleiben, bedeutet vor allem, daß sie wie bisher versichert bleiben, nämlich in der bisherigen Klasse oder Lohnstufe. Die Neufestsetzung der Grundlöhne ist ohne Einfluß auf die Bemessung der Kassenleistungen in dem bereits vorher eingetretenen Versicherungsfalle (§ 211; ArbVers. 1918 S. 35, 1920 S. 340 Ziff. 6). Zweifelhaft aber erscheint es, ob gleiches auch für die Bemessung des Sterbegeldes gilt, wenn der Arbeitsunfähige während der nach § 311 verlängerten Mitgliedschaft oder später in der Jahresfrist des § 202 stirbt. Man könnte geneigt sein, die Frage zu verneinen, weil der Tod immer als ein selbständiger, den Anspruch auf Sterbegeld erzeugender Versicherungsfall aufzufassen und der Anspruch daher nach dem zur Zeit des Todes maßgebenden Grundlohn zu bemessen sei. Wir neigen aber einer anderen Auffassung zu. Der § 311 steht in Zusammenhang mit § 383 RVO. und stellt mit ihm eine eng auszulegende Ausnahme von dem Grundsatz dar, daß die Kassenmitgliedschaft regelmäßig auf einem einerseits die Beitragspflicht und anderseits den Anspruch auf Kassenleistungen begründenden Beschäftigungsverhältnisse beruht. Dem Arbeitsunfähigen soll nach §§ 311, 383, solange er Kassenleistungen bezieht, die beitragsfreie Kassenmitgliedschaft erhalten bleiben, so wie sie beim Eintritt der Voraussetzungen des § 311 besteht, nicht unter ungünstigeren, aber auch nicht unter günstigeren Bedingungen. Es hieße, die wohlwollende Absicht dieser Vorschriften überspannen, wenn man annehmen wollte, daß die Neufestsetzung der Grundlöhne zu seinen Gunsten bei der Bemessung des Sterbegeldes zu berücksichtigen sei, obwohl er seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit von der Beitragspflicht überhaupt befreit war und folglich von jener Neufestsetzung nicht betroffen worden ist.

b) Nach § 214 Abs. 2 RVO. wird Sterbegeld für den erwerbslos Ausgeschiedenen (Abs. 1) auch nach Ablauf der drei Wochen gewährt, wenn „die Krankenhilfe" bis zum Tode geleistet worden ist. Es genügt also, daß irgendeine Fürsorge der im § 182 bis § 194 geleistet worden ist (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 8 zu § 214). Gegenüber dieser insoweit völlig klaren Fassung des Gesetzes kann der Hinweis auf die andersartigen Vorschriften in §§ 202, 311 unmöglich ausreichen, den § 214 Abs. 2 dahin umzudeuten, daß er nur für den Fall der Arbeitsunfähigkeit gelten soll.

Zur Versicherungspflicht von Zeitungsträgern.

11. **Nach R.** Frage: Sind Zeitungsträgerinnen, die eine täglich einmal erscheinende Zeitung gegen einen Lohn von 23 bis 32 ℳ für den Monat in Orten von 500 bis 700 Einwohnern verteilen, versicherungspflichtig? Die Verteilung der Zeitungen dauert höchstens eine Stunde am Tage. In der übrigen Zeit sind jene in ihrem eigenen Haushalt tätig.

Antwort: Man wird Versicherungsfreiheit gemäß I 3 Bekanntmachung vom 17. November 1913 (ArbVers. 1913 S. 848) annehmen müssen. Denn es handelt sich um vorübergehende Dienstleistungen und ein Entgelt von höchstens 32 ℳ monatlich, der nicht entfernt ein Drittel des ortsüblichen Lohnes erreicht, dürfte als geringfügig zu gelten haben, zumal mit Rücksicht auf die heutige Teuerung.

Übergang von Mitgliedern bei Ausscheidung von Kassenteilen.

12. **Nach G.** Antwort: Ihre Auffassung ist irrig. Allerdings gehen im Falle der Ausscheidung, wie bei der Vereinigung von Krankenkassen, Rechte und Pflichten der aufgenommenen auf die aufnehmende Kasse über, und die „versicherungspflichtigen" Mitglieder der aufgenommenen Kasse werden Mitglieder der aufnehmenden (§§ 288, 289, 298 Abs. 2 RVO.). Aber Arbeitsunfähige bleiben Mitglieder ihrer Kasse, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat (§ 311), auch dann, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis bereits gelöst ist (vgl. preuß. OVG. in ArbVers. 1896 S. 600, RVA. 2150 Amtl. Nachr. 1916 S. 355). In diesem Fall also sind sie nicht mehr (wie § 289 voraussetzt) „versicherungspflichtige" Mitglieder der aufgenommenen Kasse und treten daher nicht zur aufnehmenden Kasse über. Die alte Kasse hat ihnen die Leistungen weiter zu gewähren (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 Abs. 2 zu § 311 RVO.; Hoffmann, Komment. Anm. 4 zu § 212).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1287 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 21. Juli 1920 | Heft 21

Die Entwürfe einer Novelle zur Invalidenversicherung und eines Gesetzes über Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Versicherungsträger.

Von Landesrat Dr. Brunn in Berlin.

Das große Aufräumen, das immer schon eine bekannte Erscheinung am Schlusse der Tagung des Reichstags war, war auch jetzt kurz vor den Neuwahlen bei der Nationalversammlung in verstärktem Maße notwendig geworden. Nachdem man kostbare Zeit mit unendlichen Debatten und Parteigezänk verloren hatte, galt es in letzter Stunde noch eine Reihe von zum Teil sehr wichtigen Vorlagen zu verabschieden, für deren gründliche Durchberatung nunmehr die Zeit mangelte. Dabei stand auch die Erledigung zweier Novellen zur RVO. in Frage, nämlich einer Abänderung der Invalidenversicherung und eines Gesetzentwurfs über die zwangsweise Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Versicherungsträger. Beide Entwürfe, die erst in letzter Stunde an die Nationalversammlung gelangt waren, sind bekanntlich „unter den Tisch gefallen“. Die Nationalversammlung hat sich darauf beschränkt, einen von allen Parteien gestellten Antrag auf Erhöhung der Beiträge in der Invalidenversicherung und Erhöhung der Rentenzulagen anzunehmen. Dabei hat man davon abgesehen, neue Lohnstufen einzuführen, und die alten, die den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen absolut nicht mehr entsprechen, beibehalten. Die Erhöhung der Beiträge in den alten Stufen ist in einer Weise durchgeführt, die keineswegs unbedenklich ist. Auch die Beibehaltung des Systems der Rentenzulagen und Einführung einer solchen für die Waisenrenten ist vom versicherungstechnischen Standpunkt aus bedauerlich. Trotz dieser grundsätzlichen Bedenken kann man sich mit der Lösung, die die Nationalversammlung hier gefunden hat, deswegen zufrieden geben, weil es sich nur um ein Provisorium handelt und sich erwarten läßt, daß dem neuen Reichstag bald eine neue Vorlage gemacht werden wird. Mit Rücksicht auf diese Erwartung erscheint es mir dringend nötig, die kritische Sonde an die beiden unerledigt gebliebenen Entwürfe zu legen, deren Inhalt zu den größten Bedenken Anlaß geben muß.

A. Zum Entwurf eines Gesetzes über Abänderung der Invalidenversicherung. — Die Träger der Invalidenversicherung haben sofort bei Einführung der ersten Rentenzulagen darauf hingewiesen, daß es Sache des Reichs sein müsse, die durch Gewährung der Rentenzulagen entstehenden Lasten zu tragen. Auch der Reichstag hat seinerzeit eine dahingehende Entschließung gefaßt. Als die Reichsregierung sich ablehnend verhielt, hat eine allgemeine Konferenz der Versicherungsanstalten im Mai 1918 in Berlin

bereits die Forderung erhoben, daß der wirtschaftlichen Gefährdung der Versicherungsträger auf dem Wege der Beitragserhöhung abgeholfen werden müsse. Bei dieser Gelegenheit ist auch der Aufbau weiterer Lohnklassen gefordert worden. Die Regierung hat damals durch den Unterstaatssekretär Dr. Caspar erklärt, daß beabsichtigt werde, im Oktober ein Notgesetz vorzulegen, das sich auf das unbedingt Notwendige beschränken müsse, nämlich auf die Festlegung der Rentenzulagen und Aufbringung der dazu notwendigen Mittel durch Erhöhung der Beiträge. Die Novemberereignisse des Jahres 1918 haben diesen Plan nicht zur Ausführung kommen lassen. Immer wieder haben die Versicherungsträger darauf hingewiesen, daß ihre finanzielle Lage auf das äußerste gefährdet sei, wenn nicht eine Erhöhung der Beiträge und Aufsetzung weiterer Lohnstufen erfolge. Auch auf der allgemeinen Versammlung in Kassel im August 1919 ist eine entsprechende Entschließung einstimmig angenommen worden. In gleicher Weise haben sich die Vorstände und Ausschüsse einzelner Versicherungsanstalten geäußert und ihre Entschließungen zur Kenntnis der Reichsregierung gebracht. Ebenso hat man in der politischen und der Fachpresse auf die dringende Notwendigkeit der Beitragserhöhung hingewiesen. Wenn jetzt gelegentlich versucht wird, für die mißliche finanzielle Lage der Versicherungsträger ihre ausgedehnte Kriegsfürsorge verantwortlich zu machen, so muß dagegen mit aller Entschiedenheit betont werden, daß nur die Aufbürdung der Rentenzulagen die gesunde wirtschaftliche Grundlage der Versicherungsträger erschüttert hat.

Was tat nun die Regierung gegenüber den fortgesetzten Mahnungen der Versicherungsträger? Sie stellte zunächst Berechnungen an trotz des unleugbaren Mißerfolgs, den sie mit derartigen Berechnungen schon früher gehabt hatte, und trotzdem sie selber deren Unterlagen als durchaus unsicher bezeichnen mußte. Als die Angelegenheit endlich aus dem Stadium der Erwägungen und Berechnungen herauskam, befand sich die Nationalversammlung unmittelbar vor dem Schluß ihrer Tagung. An die Anhörung der Versicherungsträger dachte man nicht; dazu blieb auch gar keine Zeit. Der „grüne Tisch" glaubte einmal wieder die Erfahrungen der Praxis entbehren zu können. Man gewinnt den Eindruck, daß die Verhältnisse im Arbeitsministerium stärker waren als der Minister selber, von dem man wohl annehmen darf, daß ein solches Verfahren seinen persönlichen Anschauungen nicht entsprach.

Der Entwurf brachte nicht bloß eine Erhöhung der Beiträge und der Renten, sondern war mit einer Reihe von Bestimmungen bepackt, deren überhastete Erledigung in den bekannten letzten Dauersitzungen der Nationalversammlung — Durchpeitschung nennt das der parlamentarische Ausdruck — die größten Bedenken erregen mußte. Wenn ich im folgenden an einigen wesentlichen Bestimmungen des Entwurfs Kritik übe, so möchte ich ausdrücklich betonen, daß es sich dabei lediglich um meine persönliche Auffassung handelt.

I. Die Änderung des Kreises der Versicherten. Der Entwurf wollte alle Hausgewerbtreibenden dem Versicherungszwange unterwerfen. Jedes Wort darüber, daß diese Absicht zu billigen ist, ist wohl überflüssig. Wenn auch nicht verkannt werden darf, daß diese Hausgewerbtreibenden vielfach sehr schlechte Risiken für die Versicherung darstellen und deshalb eine nicht unerhebliche Belastung für die Zukunft bilden, so dürfen doch solche Erwägungen angesichts der bisherigen durchaus ungenügenden Regelung der versicherungsrechtlichen Verhältnisse der Hausgewerbtreibenden nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein.

Eine weitere Änderung im bisherigen Rechtszustande sollte darin bestehen, daß alle diejenigen, deren Versicherungspflicht nur bis zu einer Verdienstgrenze bis 2000 ℳ geht, überhaupt nicht mehr der Invalidenversicherung unterworfen sein, sondern lediglich der Angestelltenversicherung verbleiben sollten. Tatsächlich liegen jetzt die Verhältnisse so, daß seit dem Steigen der Arbeits-

löhne nur noch ein kleiner Teil von Angestellten, wie wir sie kurz zusammenfassend nennen wollen, unter 2000 ℳ Jahresarbeitsverdienst hat, so daß sie schon deswegen nicht mehr dem Versicherungszwange unterliegen. Die vorgeschlagene völlige Herausnahme der Angestellten aus der Invalidenversicherung hatte offenbar besondere Gründe. Die Frage der Beseitigung der besonderen Angestelltenversicherung und ihre Eingliederung in die allgemeine Invalidenversicherung drängt immer mehr zur Entscheidung. Es ist kein Zweifel, daß spätestens bei der von der Regierung wiederholt in Aussicht gestellten großen Reform der Sozialversicherung auch diese Frage gelöst werden muß und, wenn diese Lösung lediglich nach sachlichen Gesichtspunkten erfolgen soll, nur in einer Aufhebung der besonderen Organisation der Angestelltenversicherung bestehen kann. Daß dieses Ziel von gewissen an der Erhaltung der Sonderorganisation der Angestelltenversicherung interessierten Kreisen bekämpft wird, ist bekannt; es scheint, daß diese Kreise gerade auch im Arbeitsministerium Unterstützung finden. Um es mit dürren Worten auszusprechen: die Herausnahme der Angestellten aus der Invalidenversicherung wäre ein wesentlicher Schritt zur Verewigung der verunglückten Angestelltenversicherung. Zwar heißt es in der Begründung zu dem Entwurf:

> „Damit soll der Frage, ob künftig die Angestelltenversicherung mit der Invalidenversicherung zu verschmelzen ist, nicht vorgegriffen werden. Es kann auch — im Hinblick auf den bereits bestehenden Zustand der Zugehörigkeit fast sämtlicher Angestellten zur Angestelltenversicherung — nicht angenommen werden, daß die durch die Novelle getroffene Regelung eine etwaige künftige Verschmelzung der Angestellten- mit der Invalidenversicherung wesentlich erschweren würde."

Wenn wir auch annehmen wollen, daß der Verfasser dieser Sätze in seiner Herzenseinfalt von ihrer Richtigkeit überzeugt war, so wird es doch viele geben, die eine solche Gesetzesänderung weniger harmlos beurteilen. Auch hier ist wieder zu beachten, daß man eine so weitgehende Änderung so nebenbei erledigen wollte, ohne die doch sehr wesentlich daran interessierten Versicherungsträger vorher darüber zu hören.

II. Was die Erhöhung der Beiträge anlangt, so wollte der Entwurf unter Fortfall der jetzigen Lohnklasse I acht Stufen bilden, deren letzte die Löhne über 5000 ℳ umfassen sollte. Diese Regelung würde den in den großen Städten tatsächlich gezahlten Arbeitslöhnen ganz und gar nicht entsprechen.

III. Von ungleich wichtigerer Bedeutung erscheint mir die vorgesehene Änderung der §§ 1396, 1397 RVO. Danach sollten die sämtlichen Rentenleistungen dem Gemeinvermögen zur Last fallen und alle übrigen Verpflichtungen, also Heilverfahren und Verwaltungskosten, die Sonderlast der einzelnen Versicherungsanstalt bilden. Für diese Belastung des Gemeinvermögens sollte dieses statt bisher mit 60 v. H. künftig mit 80 v. H. der Beitragseinnahme ausgestattet werden. Für das gesamte Heilverfahren und die Verwaltungskosten sollten also nur 20 v. H. verbleiben. Da außerdem das gesamte am 1. Januar 1920 vorhandene Vermögen als Gemeinvermögen gelten sollte, würden also die Versicherungsanstalten auch die bisherigen Zinseinnahmen aus ihrem Sondervermögen nicht mehr für die Zwecke des vorbeugenden Heilverfahrens zur Verfügung haben. Wären diese Bestimmungen Gesetz geworden, so hätte ein erheblicher Teil der Versicherungsträger sich genötigt gesehen, sein Heilverfahren um ein beträchtliches zu reduzieren. Welche Folgen das für die Volksgesundheit gehabt hätte, liegt auf der Hand gerade jetzt, wo immer dringender der Ruf ergeht, alles zu tun, um den gesundheitlichen Wiederaufbau unseres Volkes auf das Kräftigste zu fördern, wo es gilt, der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten Einhalt zu tun und vor allen Dingen auch im Kampf gegen die Tuberkulose den im Kriege verlorengegangenen Boden wieder zu gewinnen. Man darf nicht vergessen, daß weite Kreise der Versicherten nicht in den trotz aller Zu-

lagen noch immer ungenügenden Renten, sondern in der auf Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gerichteten Heilfürsorge der Versicherungsträger den Hauptvorzug der Invalidenversicherung erblicken. Ein Rückschritt auf diesem Gebiete würde bei der jetzigen Lage der Volksgesundheit von geradezu verheerender Wirkung sein müssen. Ein Gesetzentwurf mit derartigen Vorschriften ist für die Versicherungsanstalten in ihrer Gesamtheit unannehmbar.

IV. Schließlich noch ein Wort gegen eine Vorschrift des Entwurfs, bei der man den Gesichtspunkt der nationalen Würde vergessen zu haben scheint. Die Vorschrift des § 1315 RVO. soll gestrichen werden. Es heißt darin, daß deutsche Schutzgebiete im Sinne der Vorschrift der §§ 1312, 1313 als Inland gelten. Die Begründung bemerkt dazu lakonisch, § 1315 sei wegen des Verlustes der deutschen Schutzgebiete zu streichen. Rechtlich ist gegen die Streichung nichts einzuwenden. Ist es aber der nationalen Würde entsprechend, sich so schnell „auf den Boden der Tatsachen" zu stellen, noch dazu in einem Notgesetz, das nur für eine Übergangszeit bis zur großen Reform der Sozialversicherung Wirkung haben sollte? Wir alle wünschen eine baldige gründliche Revision des unseligen Versailler Friedens. Dazu gehört auch die Rückgabe unserer früheren Kolonien. Hätte man angesichts dieses Wunsches nicht besser getan, die Vorschrift des § 1315 einstweilen ruhig stehen zu lassen? Denn wenn gegen die Streichung juristisch nichts einzuwenden ist, so ergeben sich auch gegen das Bestehen der Vorschrift keine Bedenken.

B. Zum Entwurf eines Gesetzes über Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Versicherungsträger. — Der Entwurf bezieht sich nicht bloß auf die Versicherungsanstalten, sondern auch auf die Träger der Kranken-, Unfall- und Angestelltenversicherung. Ich stehe nicht an, diesen Entwurf, wenn er Gesetz geworden wäre, als einen der schärfsten Eingriffe in das auf der Selbstverwaltung beruhende gedeihliche Wirken unserer sozialen Versicherung zu bezeichnen. Der Entwurf will dem Arbeitsminister die Befugnis geben, die verschiedenen Träger der Reichsversicherung zu Zwecken gemeinsamer Wohlfahrtspflege für die versicherte Bevölkerung in Arbeitsgemeinschaften[1]) zusammenzuschließen und die für ihr Zusammenarbeiten notwendigen Maßnahmen zu treffen. Mehr noch! Der Minister soll die Befugnis erhalten, nicht bloß für diese Arbeitsgemeinschaften, sondern überhaupt für die Versicherungsträger bindende Richtlinien zum Zwecke der Durchführung des Heilverfahrens aufzustellen. Die Aufsicht über die Arbeitsgemeinschaften soll der Minister, soweit er sie nicht selber ausübt, dem Reichsversicherungsamt ganz oder teilweise widerruflich übertragen können. Welch ein bureaukratischer Geist spricht aus diesen Bestimmungen! Mit tönenden Worten verheißt die Reichsverfassung in Art. 161 die Schaffung eines umfassenden Versicherungswesens „unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten". Offenbar ist ihr die bisherige Teilnahme der Versicherten noch nicht weitgehend genug. Dagegen halte man die erwähnten Vorschriften dieses Entwurfs. Er bedeutet nicht mehr und nicht minder als eine Unterbindung des freien Wirkens der Versicherungsträger, wie sie in dem so viel verlästerten alten Obrigkeitsstaate nicht denkbar gewesen wäre. Rechtfertigt etwa die bisherige Tätigkeit der Versicherungsträger auf dem Gebiete der Heilfürsorge solche Vorschriften? Als Antwort auf diese Frage sei auf das Urteil verwiesen, das ein berufener Kenner über die Leistungen der Versicherungsträger auf diesem Gebiete abgegeben hat:

„Das umfassende schadenverhütende Wirken der deutschen Versicherungsträger ... gehört zu den wertvollsten Abschnitten ihrer Tätigkeit. Hier hat ein Geist gewaltet, der den toten Buchstaben des

[1]) Der Ausdruck „Arbeitsgemeinschaften" ist technisch falsch; richtiger wäre es, „Zweckverbände" zu sagen.

Gesetzes überwunden und lebendige Kraft geschaffen hat"[2]).

Gewiß verdient der Gedanke der Arbeitsgemeinschaften jede Förderung. In verschiedenen Teilen des Reichs sind derartige Zweckverbände in jüngster Zeit erst ins Leben gerufen worden. Statt die weitere Entwicklung in der Praxis abzuwarten und dem guten Gedanken Zeit zu lassen, sich auszureifen, will man hier die Zwangsjacke des Gesetzes anlegen und bei der Gelegenheit gleich die ganze Fürsorgetätigkeit reglementieren. Das darf nie und nimmer geschehen! Auch dieser Gesetzentwurf ist in der Versenkung verschwunden, aus der er hoffentlich nie wieder auftauchen wird. Daß ein Entwurf, aus dem ein solcher Geist spricht, an maßgebender Stelle überhaupt aufgestellt werden konnte, bleibt freilich bedauerlich genug.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Niederschlagung der von Versicherungsträgern festgesetzten Strafen; Begnadigung, Amnestie.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. Januar 1920 (3040 Amtl. Nachr. 1920 S. 267).

Durch die einem Reichsgesetze gleichstehende Verordnung vom 3. Dezember 1918 ist bestimmt, daß alle zur Zuständigkeit der bürgerlichen Behörden gehörigen Untersuchungen wegen solcher vor dem 9. November 1918 begangenen Straftaten, bei denen Freiheitsstrafe bis zu einem Jahre oder Geldstrafe angedroht ist, niederzuschlagen sind. Die Nationalversammlung hat diese Verordnung nicht aufgehoben (zu vgl. Übergangsgesetz vom 4. März 1919, § 1 RGBl. S. 285). Letztere hat demgemäß Gesetzeskraft erlangt und unterscheidet sich dadurch von den bisherigen landesherrlichen Amnestieerlassen, die im Verordnungswege ergingen und sich lediglich als landesherrliche Gnadenakte darstellten. Deshalb kann auch die in dem Bescheide des Reichsversicherungsamts vom 24. Oktober 1910 (zu vgl. Amtl. Nachr. 1910 S. 661 Ziff. 1533) vertretene Auffassung, nach der das landesherrliche Begnadigungsrecht auf die von den Trägern der Unfall- und Invalidenversicherung festgesetzten Strafen keine Anwendung findet, gegenüber der Verordnung vom 3. Dezember 1918 nicht Platz greifen. Schon aus der Form ihrer Verkündung als Reichsgesetz folgt, daß ihre Rechtswirkung gegenüber den landesherrlichen Amnestieerlassen, die Rechte Dritter, insbesondere auch die mit der Straffestsetzung verbundenen Vermögensrechte der Versicherungsträger nicht berühren konnten, erweitert werden sollte. Auch aus dem Inhalt der Verordnung rechtfertigt sich ihre ausdehnende Auslegung. Nach § 6 a. a. O. sind nämlich günstigere bundesstaatliche Bestimmungen, falls solche bestehen, anzuwenden. Daraus ergibt sich, daß der Gesetzgeber in weitestem Umfang Straferlaß gewähren wollte. Sinngemäß ist deshalb die Verordnung auf alle Straftaten, die durch Reichs- oder Landesgesetze oder durch auf solchen Gesetzen beruhende anderweite Bestimmungen in dem bezeichneten Rahmen unter Strafe gestellt sind, anzuwenden, mithin auch auf die aus der Reichsversicherungsordnung hergeleiteten Strafbestimmungen in den Satzungen der Berufsgenossenschaften. Es fehlt an jedem Grunde, die Anwendung der Verordnung hinsichtlich des Ordnungsstrafrechts der Berufsgenossenschaften, welches vielfach geringfügige Übertretungen zum Gegenstande hat, auszuschließen, während schwerere Straftaten seitens der Organe der öffentlichen Strafgewalt nicht verfolgt werden dürfen. Im Gegenteil würde es dem Volksbewußtsein widersprechen, daß wegen der gleichen Straftat, z. B. wegen einer fahrlässigen Körperverletzung infolge Nichtanbringung einer vorgeschriebenen Sicherheitseinrichtung, von den bürgerlichen Gerichten verhängte Freiheits- oder Geldstrafen erlassen werden, von den Berufsgenossenschaften festgesetzte Ordnungsstrafen dagegen bestehen blieben. Maßgebend war wohl die Erwägung, daß alle Straftaten, ohne Rücksicht auf ihre rechtliche Bezeichnung, die unter der ungünstigen Einwirkung der schwierigen und verwirrenden Verhältnisse des Krieges verübt waren oder verübt sein konnten, von weiterer Verfolgung ausgeschlossen werden sollten. Ebensowenig wäre es verständlich, wenn bei Zuwiderhandlungen gegen Unfallverhütungsvorschriften der vom Versicherungsamt, also einer unzweifelhaft bürgerlichen Behörde, zu bestrafende Arbeitnehmer (zu vgl. § 870 RVO.) straffrei ausgehen, der Arbeitgeber aber strafbar bleiben sollte. Daran ändert auch nichs, daß die

[2]) Kaufmann, „Soziale Fürsorge und deutscher Siegeswille" in „Deutsche Reden in schwerer Zeit", Bd. II S. 40.

Verordnung nur auf die zur Zuständigkeit der bürgerlichen Behörden gehörenden Untersuchungen hinweist, denn der Begriff „bürgerliche Behörden" im Sinne der in Rede stehenden Verordnung umfaßt offenbar alle Organe, die staatshoheitliche oder ihnen vom Staat übertragene Aufgaben zu erfüllen haben. Unterstützt wird diese Auffassung dadurch, daß der Rechtszug gegen die Entscheidungen der Versicherungsträger an bürgerliche Behörden weitergeleitet wird.

Auch der Erlaß der später ergangenen Verordnung vom 13. Januar 1919 (RGBl. S. 95) „über die Gewährung von Straffreiheit bei Zuwiderhandlungen gegen Vorschriften, die auf Grund des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst erlassen sind", vermag eine gegenteilige Auffassung nicht zu begründen. Mögen auch hier durch besondere Amnestieverordnung die auf Grund des obigen Gesetzes erlassenen Ordnungsstrafen niedergeschlagen sein, so kann dies doch den Schluß nicht rechtfertigen, daß die Verordnung vom 3. Dezember 1918 nicht allgemein alle Strafen habe treffen wollen. Vielmehr waren für den Erlaß der Verordnung vom 13. Januar 1919 andere, darunter politische Gesichtspunkte maßgebend. Im übrigen ist auch hier eine besondere Verordnung erforderlich gewesen, weil die Strafen vom Einberufungsausschuß verhängt worden sind, der keine staatliche Behörde, sondern ein aus verschiedenen Berufsständen zusammengesetztes Gebilde darstellte (zu vgl. § 7 Abs. 2 des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916, RGBl. S. 1333, in Verbindung mit § 15 der Bekanntmachung, betreffend weitere Bestimmungen zur Ausführung des § 7 des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst, vom 13. November 1917, RGBl. S. 1043).

Wieweit gilt der Amnestieerlaß v. 3. 12. 18 auch gegenüber Strafbescheiden der Versicherungsträger?

Beschlüsse des **Reichsversicherungsamts** (Abt. für UnfVers. 2. Senat) vom 19. Januar 1920.

a.

Es kann dahingestellt bleiben, ob sich die Unternehmerin einer Zuwiderhandlung gegen die Unfallverhütungsvorschriften der Beschwerdeführerin schuldig gemacht hat und daher mit Recht zur Bestrafung herangezogen worden ist. Selbst wenn ein Straffall gegeben sein sollte, muß die Strafverfolgung auf Grund der Verordnung der Volksbeauftragten über die Gewährung von Straffreiheit und Strafmilderung vom 3. Dezember 1918 (vgl. RGBl. S. 1393) auf sich beruhen bleiben. Durch diese als Reichsgesetz gegebene Verordnung ist bestimmt worden, daß alle zur Zuständigkeit der bürgerlichen Behörden gehörigen Untersuchungen wegen solcher vor dem 9. November 1918 begangenen Straftaten, bei denen Freiheitsstrafe bis zu einem Jahre oder Geldstrafe angedroht ist, niederzuschlagen sind. Aus der Form der Verkündung der Verordnung als Reichsgesetz folgt, daß die Rechtswirkung der Verordnung gegenüber den landesherrlichen Amnestieerlassen, die Rechte Dritter, insbesondere auch die mit der Straffestsetzung verbundenen Vermögensrechte der Versicherungsträger, nicht berühren konnten, erweitert werden sollte. Auch aus dem Inhalt der Verordnung rechtfertigt sich ihre ausgedehnte Auslegung. Nach § 6 a. a. O. sind günstigere bundesstaatliche Bestimmungen, falls solche bestehen, anzuwenden. Daraus ergibt sich, daß der Gesetzgeber in weitestem Umfange Straferlaß gewähren wollte. Sinngemäß ist deshalb die Verordnung auf alle Straftaten, die durch Reichs- oder Landesgesetze oder durch auf solchen Gesetzen beruhende anderweitige Bestimmungen in dem bezeichneten Rahmen unter Strafe gestellt sind, anzuwenden, mithin also auch auf die aus der Reichsversicherungsordnung hergeleiteten Strafbestimmungen in den Satzungen der Berufsgenossenschaften. Daran ändert nichts, daß die Verordnung nur auf die zur Zuständigkeit der bürgerlichen B e h ö r d e n gehörenden Untersuchungen hinweist, denn der Begriff „bürgerliche Behörden" im Sinne der in Rede stehenden Verordnung umfaßt h i e r offenbar a l l e O r g a n e, d i e s t a a t s h o h e i t l i c h e o d e r i h n e n v o m S t a a t ü b e r t r a g e n e A u f g a b e n z u e r f ü l l e n h a b e n. Auch der Erlaß der später ergangenen Verordnung vom 13. Januar 1919 (RGBl. S. 95) „über die Gewährung von Straffreiheit bei Zuwiderhandlungen gegen Vorschriften, die auf Grund des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst erlassen sind", vermag nicht zu einer gegenteiligen Auffassung zu führen. Mögen auch hier durch besondere Amnestieverordnung die auf Grund des obigen Gesetzes erlassenen Ordnungsstrafen niedergeschlagen sein, so kann doch daraus nicht der Schluß gezogen werden, daß die Verordnung vom 3. Dezember 1918 nicht allgemein hat alle Strafen treffen wollen. Vielmehr sind für den Erlaß der Verordnung vom 13. Januar 1919 andere, auch politische Gesichtspunkte maßgebend gewesen. Im übrigen ist auch hier eine besondere Verordnung erforderlich gewesen, weil die Strafen vom Einberufungsausschuß verhängt worden sind, der keine staatliche Behörde, sondern ein aus verschiedenen Berufsständen zusammengesetztes Gebilde darstellte. Da die Straftat vor dem 9. November 1918 begangen ist, war mithin das noch schwebende Verfahren auf Grund der Verordnung vom 3. Dezember 1918 niederzuschlagen.

b.

Selbst wenn mit der Vorinstanz die Anwendung der Verordnung über die Gewährung von Straffreiheit und Strafmilderung vom 3. Dezember 1918 auf die von den Berufsgenossenschaften verhängten

Strafen anerkannt werden muß, so kann sie im vorliegenden Falle nicht in Frage kommen. Die der Unternehmerin zur Last gelegte Straftat hat zwar vor dem 9. November 1918 begonnen, sie wurde aber zweifellos mindestens bis zum 17. Januar 1919 fortgesetzt, als der technische Aufsichtsbeamte das Fehlen einer Umwehrung des Lösekessels wiederum feststellte. Der Verstoß gegen die Unfallverhütungsvorschriften der Unternehmerin stellt sich somit als eine fortgesetzte strafbare Handlung dar, die alssolche auch nach dem 9. November 1918 festgestellt worden ist. Dazu kommt, daß die Berufsgenossenschaft die Straffälligkeit der Unternehmerin gerade aus der am 17. Januar 1919 festgestellten Verfehlung hergeleitet hat.

Nach Prüfung des Sachverhalts hatte der Senat keine Bedenken, den Strafbescheid der Berufsgenossenschaft vom 3. Juni 1919 wiederherzustellen, da die Unternehmerin auch unter den infolge des Krieges und der Revolution erschwerten Betriebsverhältnissen sehr wohl in der Lage gewesen wäre, in der langen Zeit seit dem 22. Februar 1918 zum mindesten ein Geländer in der vorgeschriebenen Höhe um den Kessel anbringen zu lassen.

Zur Versicherungspflicht von Künstlern als Lehrern an einer staatlichen Kunstschule.

Beschluß des **Oberschiedsger. f. AngestVers.** v. 9. Dezember 1919 (P. 96, 97/19).

Nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 VersGes. f. Angest. sind Lehrer versicherungspflichtig. Es scheint nicht unzweifelhaft, ob M. und Fräulein L. als solche im Sinne der angegebenen Vorschrift angesehen werden können. Wie die Zusammenstellung der „Lehrer" mit den „Erziehern" im § 1 Abs. 1 Nr. 5 a. a. O. zeigt, hat der Gesetzgeber wenigstens für den Regelfall an eine Unterrichtserteilung mit erziehlichem Nebenzweck gedacht. Nun kann allerdings auch der Unterricht im Malen und Zeichnen erziehlichen Zwecken dienen, vor allem, wenn er in den Lehrplan einer Erziehungsanstalt, einer höheren Schule, einer Volks- oder Fortbildungsschule aufgenommen ist. Vorliegend handelt es sich aber um eine Kunstschule, die in erster Linie die Aufgabe hat, auf die staatliche Prüfung für Zeichenlehrer und Zeichenlehrerinnen vorzubereiten, an der daneben Fortbildungskurse für geprüfte Zeichenlehrer und für Damen bestehen und die männlichen Schüler in einem Durchschnittsalter von 20 bis 30, die weiblichen von 18 bis 25 Jahren stehen. Ob bei dieser Sachlage hier von einem erziehlichen Zwecke des Unterrichts gesprochen werden kann, oder ob es sich nicht nur um die fachliche Vorbereitung zu dem künftigen Lebensberuf handelt, erscheint, wie gesagt, nicht ganz zweifellos. Das gleiche gilt von der Frage, ob M. und Fräulein L. als Angestellte in höherer Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 zu betrachten sind. Beides kann jedoch dahingestellt bleiben, da die Versicherungspflicht auch zutreffendenfalls zu verneinen wäre. Denn, wie das Oberschiedsger. in der Entsch. Nr. 105 („AngestVers." 1916 S. 142 ff.) mit Rücksicht auf die Entstehungsgeschichte des Versicherungsgesetzes für Angestellte grundsätzlich angenommen hat, fallen diejenigen Personen nicht unter die Versicherungspflicht, welche nach der Art ihrer Stellung nicht zu ausführender, sondern zu selbständiger wissenschaftlicher oder gleichwertiger Tätigkeit berufen sind. Hiernach sind insbesondere Assistenten an Universitäten, die neben ihrer Lehrtätigkeit noch ausreichend Zeit und Gelegenheit zu freier wissenschaftlicher Arbeit und Forschung haben, aus dem Kreise der Angestellten ausgeschieden worden. Das gleiche muß auch für Künstler gelten, deren Zeit nur an drei bzw. zwei Stunden täglich durch ihr Lehramt beansprucht wird und die daher ausreichend Muße zu freier künstlerischer Tätigkeit haben und eine solche auch tatsächlich ausüben. In dieser Hinsicht wird ein Unterschied zwischen den Lehrern an einer Kunstakademie und einer Kunstschule nicht gemacht werden können. Allerdings hat die erstere, die den Rang einer Hochschule besitzt, auch das höhere Ziel, da sie ihre Studierenden zu freiem künstlerischen Schaffen fähig machen will, während der Hauptzweck der Kunstschule in der Heranbildung von Zeichenlehrern besteht. Für die Frage der Versicherungspflicht der Lehrpersonen kommt es aber nicht auf Stellung und Zweck der Anstalt, sondern lediglich darauf an, ob erstere zu freier künstlerischer Tätigkeit befähigt und nach Maßgabe ihrer dienstlichen Inanspruchnahme in der Lage sind. Letzteres trifft, wie bereits ausgeführt, zu, ersteres ist nach der Art des ihnen vom Staate erteilten Lehrauftrags ohne weiteres anzunehmen und wird noch durch den von M. abschriftlich überreichten Erlaß des Ministers der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten vom 4. Februar 1915 bekräftigt, wo es heißt, daß „die Stellung der bei der Königlichen Kunstschule beschäftigten Künstler ebenso durch ihre freie künstlerische Tätigkeit, wie durch ihre Lehraufgabe bestimmt werde". Hiernach besteht kein Bedenken, M. und Fräulein L. nicht für versicherungspflichtig zu erachten.

B. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers über Nachweisung, Verrechnung und Zahlung der von den Krankenkassen verauslagten Beträge für Familienhilfe und Wochenfürsorge.

Vom 7. Juni 1920 (RGBl. S. 1150).

Gemäß § 205d Abs. 3 RVO. in der Fassung des § 10 des am 22. Mai 1920 veröffentlichten Gesetzes vom 26. September 1919 / 30. April 1920 über Wochenhilfe und Wochenfürsorge (RGBl. S. 1069) und gemäß § 20 Abs. 3 Satz 1 dieses Gesetzes wird über die Nachweisung, Verrechnung und Zahlung der verauslagten Beträge für Familienhilfe und Wochenfürsorge folgendes bestimmt:*)

§ 1. — Die Krankenkassen haben für diese Ausgaben besondere Nachweisungen nach den anliegenden Mustern zu führen.

§ 2. — In die Nachweisungen sind nur erledigte Unterstützungsfälle aufzunehmen.

§ 3. — Die Nachweisungen sind aufzurechnen und nebst den zugehörigen Belegen dem Versicherungsamt einzureichen, das für den Wohnsitz der Wöchnerin zuständig ist.

Die oberste Landesbehörde kann bestimmen, daß die Nachweisungen dem Versicherungsamt eingereicht werden, in dessen Bezirk der Sitz der Kasse liegt.

§ 4. — Das Versicherungsamt prüft die Nachweisungen. Ergeben sich dabei keine Beanstandungen, so bescheinigt es auf der als Kassenbeleg zu verwendenden Nachweisung die Prüfung sowie die Zahlung der Einzelbeträge an die Empfangsberechtigten und weist die rechnerisch festgestellte Endsumme der Nachweisung an die von der obersten Landesbehörde bezeichnete Kasse zur Zahlung an. Die übrigen Belege gibt es den Krankenkassen zur Aufbewahrung zurück.

Beanstandet das Versicherungsamt einen Unterstützungsfall oder einen Unterstützungsbetrag, so streicht es die für diesen Unterstützungsfall in die Nachweisung eingetragene Gesamtausgabe und weist die berichtigte Endsumme zur Zahlung an. Erklärt das Oberversicherungsamt die Beanstandung für ungerechtfertigt, so ist der Unterstützungsfall erneut nachzuweisen.

§ 5. — Die von der obersten Landesbehörde bezeichneten Kassen können monatlich oder in längeren Zeiträumen die auf Anweisung der Versicherungsämter gezahlten Beträge unter Beifügung der Anweisungen zur Erstattung aus Reichsmitteln anmelden.

Die Anmeldung ist dem Reichsarbeitsministerium einzureichen.

§ 6. — Die Bekanntmachung über die Nachweisung, Verrechnung und Zahlung der von den Krankenkassen auf Grund des Gesetzes vom 26. September 1919 über Wochenhilfe und Wochenfürsorge (RGBl. S. 1757) verauslagten Beträge für Familienhilfe und Wochenfürsorge vom 30. September 1919 (RGBl. S. 1813) wird aufgehoben.

*) Zu vgl. die frühere Anweisung vom 30. 9. 19 in ArbVers. 1919 S. 628. — Vom Abdruck der im § 1 erwähnten Muster ist hier abgesehen.

Angestellte einer Genossenschaft gehören zur Ortskrankenkasse, auch wenn alle Genossen Innungsmitglieder sind.

Entscheidung des **Oberversicherungsamtes Groß-Berlin** v. 17. April 1920 (V. B. K. 276/19).

Die von der Genossenschaft, die als solche bei dem Amtsgericht Berlin-Mitte eingetragen ist, beschäftigten Angestellten sind, wie einwandfrei aus den Bekundungen des als Zeugen vom Oberversicherungsamt gehörten Genossenschaftsvorsitzenden hervorgeht, Angestellte der Genossenschaft und nicht etwa Angestellte der einzelnen Genossenschaftsmitglieder. Sie werden zwar von einzelnen Mitgliedern der Genossenschaft, denen die Leitung besonderer Gruppen übertragen ist, angestellt und besoldet, Anstellung und Besoldung findet aber im Namen der Genossenschaft statt, die insbesondere auch für die Beschaffung der erforderlichen Geldmittel aufkommt. Die Genossenschaft ist als solche nicht Mitglied der Fleischerinnung und kann auch nicht Mitglied sein, da nur natürliche Personen die Mitgliedschaft erwerben können. Die von ihr Angestellten sind daher bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse und nicht bei der Beschwerdeführerin versicherungspflichtig. Unerheblich ist bei der Beurteilung der Sachlage, ob, was im übrigen in keiner Weise erwiesen ist, sämtliche Genossenschaftsmitglieder auch Innungsmitglieder sind, denn sie sind eben nicht die Arbeitgeber, sondern dies ist die nicht zur Innung gehörige Genossenschaft.

Kein Anspruch auf Bezahlung unerprobter Heilmittel, wie das „Friedemannsche Tuberkulosemittel“.

Urteil des **Versicherungsamts Hamburg** vom 28. Mai 1920 (Nr. 1076/20. K.).

Die Ehefrau des Klägers, welcher freiwilliges Mitglied der Beklagten (Ortskrankenkasse) ist, erhielt von der Beklagten wegen Lungenleidens Krankenpflege durch den Vertragsarzt Dr. G. Dieser machte ihr — offenbar auf ihr besonderes Verlangen — eine Injektion mit dem bekannten Friedemannschen Tuberkulose-Heil- und Schutzmittel und berechnete ihr dafür 24 *M*, welche sie ihm bezahlt hat. Der Kläger forderte diesen Betrag von

der Kasse zurück. Diese lehnte dies ab, weil sie nur zur Beschaffung der notwendigen Arzneien oder Heilmittel verpflichtet, das Friedemannsche Heilmittel aber nicht als notwendiges Mittel anzuerkennen sei, da sein Wert wissenschaftlich noch nicht einwandfrei festgestellt sei. Die Beklagte hat zum Beweise dessen auf einen Aufsatz von Dr. Ulrici: „Bekämpfung der Tuberkulose", im Jahrbuch der Krankenversicherung 1918 S. 46 hingewiesen. Das Versicherungsamt hat die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Es bedarf für die Entscheidung dieses Streites keines Beweises dafür, daß die Heilkraft des Friedemannschen Heilmittels noch nicht feststeht. Es ist allgemein und dem Versicherungsamt bekannt, daß in der ärztlichen Wissenschaft und Praxis das Heilmittel noch überwiegend skeptisch und sein Heilwert als problematisch betrachtet wird. Solange aber neue Heilmethoden oder Heilmittel noch im Stadium der Erprobung sind und noch keine allgemeine Anerkennung gefunden haben, sind die Krankenkassen nicht verpflichtet, sie ihren Mitgliedern oder deren Familienangehörigen zu gewähren. Die Kassen haben nur solche Behandlungsmethoden und Heilmittel zu gewähren, welche nach dem derzeitigen Stande der Wissenschaft Erfolg versprechen und daher zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder Krankheitserscheinungen geboten erscheinen. Wenn neue Heilmethoden und Heilmittel sich noch keine Anerkennung bei der überwiegenden Mehrheit der mit Recht vorsichtigen und sorgfältig prüfenden Professoren und Praktiker haben verschaffen können, kann die Gewährung solcher Kuren den Kassen ebensowenig zugemutet werden, wie die Kassenmitglieder sich mit Recht dagegen verwahren können, als Versuchsobjekte für solche vielfach doch auch bedenklichen Heilmethoden zu dienen. Der Vertragsarzt hat dies auch offenbar selbst eingesehen; denn er hat der Patientin die Kosten besonders berechnet, und das konnte er nur mit ihrem Einverständnis tun, da er vertraglich verpflichtet ist, die notwendige Behandlung für Rechnung der Kasse zu gewähren. Bei Verabreichung der Injektion mußte sich also die Patientin darüber klar sein, daß die Kasse für diese Kosten nicht aufkommt. Wenn sie sie sich trotzdem machen ließ, so war sie damit einverstanden, diese Kosten selbst zu tragen.

Umfang der Verpflichtung der Kasse auf Grund des Beschlusses, Sachleistungen der Wochenhilfe statt barer Beihilfen zu gewähren.

Entscheidung des **Versicherungsamts Halle** vom 17. Dezember 1919 (IX 3769/19).

Kläger hat infolge der Entbindung seiner Ehefrau Anspruch auf Familienhilfe nach dem Gesetz vom 26. September 1919 an die beklagte Kasse. Er hat zur Entbindung den praktischen Arzt Dr. K. hinzuziehen und ihm 50 M. zahlen müssen. Der genannte Arzt ist zwar Kassenarzt der Beklagten, er verlangte aber Zahlung, weil die Kasse mit ihm einen Vertrag über Behandlung von Familienangehörigen der Versicherten nicht abgeschlossen habe. Da die Kasse beschlossen hat, gemäß § 195 c RVO. statt der baren Beihilfen nach § 195 a a. a. O. freie Behandlung durch Hebamme und Arzt zu gewähren, beantragte Kläger die Erstattung des Betrages von 50 M. Die Beklagte erstattete ihm nur 15 M., weil sie dem Dr. K. wegen der hier vorliegenden Zangengeburt gemäß Ziffer 143 b der Gebührenordnung für Ärzte diesen Betrag als Mindestbetrag gezahlt haben würde. Das Versicherungsamt hat die Kasse zur Zahlung des Restes von 35 M. verurteilt aus folgenden Gründen:

Nach § 205 a in Verbindung mit § 195 a RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 26. September 1919 erhalten Wöchnerinnen u. a. einen einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung in Höhe von 50 M. Gemäß § 195 c a. a. O. können die Vorstände der Krankenkassen beschließen, statt der baren Beihilfe freie ärztliche Behandlung usw. zu gewähren. Zur Gewährung der baren Beihilfe sind die Krankenkassen demnach verpflichtet, zur Gewährung in natura nur befugt. Will eine Kasse von dieser Befugnis Gebrauch machen, so muß sie auch die freie ärztliche Behandlung usw. sicherstellen, denn sonst kann sie ihre Verpflichtungen den Kassenmitgliedern gegenüber nicht erfüllen. Nach § 368 RVO. sind die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und Ärzten zwingend durch schriftlichen Vertrag zu regeln. Eine derartige Regelung hat die Beklagte bezüglich der Entbindung von weiblichen Familienangehörigen der Kassenmitglieder nicht vorgenommen, trotzdem aber den Beschluß gefaßt, an Stelle der Barbeträge des § 195 a RVO. freie ärztliche Behandlung zu gewähren. Da sie somit Verpflichtungen übernommen hat, die sie nicht erfüllen kann, ist der gefaßte Beschluß unwirksam. Infolgedessen sind an Wöchnerinnen die Barbeträge des § 195 a Ziffer 1 und 3 zur Auszahlung zu bringen.

Dem Kläger steht gemäß § 195 a Ziffer 1 ein einmaliger Beitrag zu den Gesamtkosten der Entbindung seiner Ehefrau in Höhe von 50 M. zu. Da ihm die Beklagte bereits für ärztliche Behandlung 15 M. gezahlt hat, beziffert sich sein Anspruch noch auf 35 M.

Anmerkung: Die Entscheidung ist im Ergebnis richtig, in der Begründung verfehlt. Es ist unrichtig, daß der von der Kasse gefaßte Beschluß, statt der baren Beihilfen die Sachleistungen aus § 195 c RVO. zu gewähren, „unwirksam" sei, weil die Kasse diese Leistungen nicht durch entsprechende Abmachungen mit Ärzten (und Hebammen) sichergestellt und somit Verpflichtungen übernommen habe, die sie nicht erfüllen könne. Der Beschluß des Kassenvorstandes wirkt wie eine Satzungsbestimmung: er gibt den Versicherten einen Anspruch auf die Sachleistungen, den die Kasse nicht dadurch unwirksam machen kann, daß sie die erforderlichen Vorkehrungen zu seiner Erfüllung unterläßt. Soweit es sich um Arzthilfe handelt, hat die Kasse

durch schriftliche Verträge mit Ärzten dafür zu sorgen, daß die Versicherten diese Hilfe auch tatsächlich erlangen können (§ 368 RVO.). Genügt die Kasse dieser Anforderung nicht, so ist Anlaß zum Einschreiten des Oberversicherungsamts nach §§ 372, 373 RVO. gegeben. Solange aber die Sache nicht auf diesem Wege geregelt ist, bleibt es allerdings den Versicherten überlassen, die baren Beihilfen zu fordern, welche die Kasse unter allen Umständen zu gewähren hat, wenn sie nicht Sachleistungen nach § 195 c gewährt; aber die Versicherten können auch, eben weil sie einen Anspruch auf die Sachleistungen haben, sich diese selbst beschaffen und den vollen Betrag der dadurch entstandenen Kosten — selbstverständlich in den Grenzen des Notwendigen und Angemessenen — als Ersatz fordern. Die Beihilfen stellen also in solchem Falle Mindestbeträge des ihnen zustehenden Anspruchs dar. — Das gleiche gilt hinsichtlich der Hebammendienste, nur mit der Maßgabe, daß eine Pflicht der Kasse zu schriftlichen Vertragsabschlüssen mit Hebammen (entsprechend dem § 368) nicht besteht und daher auch ein Einschreiten des Oberversicherungsamts nicht in Frage kommt.

Das Oberversicherungsamt darf nicht einer Satzungsänderung rückwirkende Kraft beilegen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Februar 1920 (II K. 3/20 B).

Eine Ortskrankenkasse hatte durch Nachtrag zu ihrer Satzung für bestimmte Gewerbezweige (Herstellung von Sprengstoffen usw.) die Beiträge um 50 Hundertstel erhöht. Dieser Nachtrag ist vom Oberversicherungsamt am 19. März 1917 mit dem Zusatze genehmigt worden: „Die Änderung tritt vom 1. November 1916 ab in Kraft.“ Die Kasse hat darauf die Sprengstoffabrik H. für die Monate November 1916 bis März 1917 zur Leistung von erhöhten Beiträgen im Betrage von 1929,70 ℳ herangezogen und den Betrag beigetrieben. Hiergegen hat die Firma Beschwerde erhoben. Das Versicherungsamt hat in seiner Sitzung vom 1. Februar 1919 dem Antrage entsprochen. Gegen diese Entscheidung hat die Kasse weitere Beschwerde eingelegt. Das Oberversicherungsamt hat die Sache zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben und sich gutachtlich dahin ausgesprochen, daß nach nochmaliger Prüfung es nicht für zulässig erachtet wird, einer Satzungsgenehmigung rückwirkende Kraft beizulegen. In diesem Sinne hat auch das Reichsversicherungsamt entschieden aus folgenden Gründen:

Zunächst ist die Auffassung der Kasse unzutreffend, die Beschwerdeführerin hätte ihre Beschwerde bereits in dem Verfahren wegen Gestaltung der Kassensatzung anbringen müssen. Wie das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung 1845 (Amtl. Nachr. 1914 S. 515) ausgesprochen hat, ist zur Einlegung von Beschwerden in dem Verfahren nur der Vorstand der Kasse als befugt anzusehen. Dagegen ist den einzelnen Kassenmitgliedern ein Recht, die Entscheidung des Oberversicherungsamts, durch die es die Satzung genehmigt, anzufechten, nicht beigelegt. Einen solchen Rechtsschutz hat das Reichsversicherungsamt deshalb nicht für nötig gehalten, weil im Falle der Geltendmachung irgendwelcher Ansprüche die Rechtsgültigkeit jeder einzelnen Satzungsbestimmung ohnehin nachgeprüft werden muß. Da dieselben Grundsätze auch für die Arbeitgeber zu gelten haben, so erweist sich diese Rüge der Kasse als unzutreffend. Aber auch ihren weiteren Einwendungen konnte für die Entscheidung keine Bedeutung beigemessen werden. Das Reichsversicherungsamt hat in der Entscheidung 2134 (Amtl. Nachr. 1915 S. 814) bereits ausgeführt, daß grundsätzlich durch die Entscheidung des Oberversicherungsamts nach § 324 RVO. lediglich die Genehmigung einer Satzungsbestimmung erteilt oder versagt werden darf. Damit erschöpft sich im allgemeinen die Mitwirkung des Oberversicherungsamtes bei der Nachprüfung zu genehmigender Satzungsänderungen. Dagegen ist das Oberversicherungsamt nicht befugt, der Satzung eine bestimmte, ihm zweckmäßig erscheinende andere Fassung zu geben. Darauf läuft aber die vorliegende Entscheidung des Oberversicherungsamts hinaus, durch die es dem Satzungsantrag rückwirkende Kraft beigelegt hat. Insoweit widerspricht daher die getroffene Entscheidung den gesetzlichen Vorschriften und ist daher unbeachtlich. Da nur der Satzungsnachtrag selbst keine Bestimmung über das Inkrafttreten enthält, so ist, wie das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung IIa K 161/19 vom 16. Dezember 1919 angenommen hat, der Zeitpunkt der Zustellung der Genehmigung des Oberversicherungsamts an den Versicherungsträger maßgebend. Unter diesen Umständen war es unzulässig, die bezeichnete Arbeitgeberin zur Leistung von erhöhten Beiträgen für die in Betracht kommende Zeit heranzuziehen. Hiernach war die Beschwerde zurückzuweisen.

Geltendmachung von Ansprüchen aus der Wochenfürsorge gegen den unehelichen Vater.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** vom 10. Mai 1920 (II 3401).

Das dortige Schreiben vom 20. April 1920 — Beschl. L. Nr. 67/20 K. — und seine Anlage werden anbei mit folgendem Bemerken ergebenst zurückgesandt:

Das Gesetz vom 26. September 1919 enthielt bei seiner auch in dieser Beziehung mangelhaften Fassung keine ausdrückliche Bestimmung darüber, wer bei der Wochenfürsorge den Erstattungsanspruch des Reichs gegen den außerehelichen Schwängerer geltend zu machen hat. Mit Rücksicht auf den Zusammenhang mit den entsprechenden Vorschriften für die Wochenhilfe mußte es indessen als die Absicht des Gesetzgebers angenommen werden, daß die betreffende Verpflichtung den Krankenkassen obliegen solle. Hiervon sind auch die vom Reichsarbeitsministerium am 5. Dezember 1919

zum genannten Gesetz herausgegebenen Erläuterungen ausgegangen. Das inzwischen von der Nationalversammlung angenommene Abänderungsgesetz ... hat den Erstattungsanspruch gegen den unehelichen Schwängerer überhaupt beseitigt und damit die Streitfrage für künftige Fälle erledigt. Ob für die noch unter der Herrschaft des Gesetzes vom 26. September 1919 selbst eingetretenen Fälle eine Krankenkasse, die sich weigert, den Anspruch geltend zu machen, hierzu gezwungen werden kann, erscheint zweifelhaft. Gegebenenfalls müßte das Versicherungsamt seinerseits versuchen, den Anspruch zur Geltung zu bringen, wobei dann freilich, namentlich im Hinblick auf die inzwischen eingetretene Gesetzesänderung, jede Härte nach Möglichkeit zu vermeiden sein würde.

Anmerkung: Das ist ein deutliches Zurückweichen von dem früher eingenommenen Standpunkte. Die Krankenkassen und Versicherungsämter werden gut tun, ein für allemal die Hand von der Sache zu lassen, um nicht durch aussichtslose Prozeßführung nutzlose Kosten zu verursachen. Zu vgl. Heft 4 S. 76 Ziff. 7.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1920 S. 56 ff., 72 ff.)

Nr. 389. Eine Werkstattschreiberin, die Arbeiten verrichtet, wie sie sonst in Büros ausgeführt werden, ist als Büroangestellte versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, sofern sie nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt wird.

Nr. 390. Ein Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung infolge Verheiratung liegt nicht vor, wenn die Versicherte, die ihre versicherungspflichtige Beschäftigung zunächst auch nach der Geburt eines Kindes beibehalten hat, sie später aus anderen Gründen wirtschaftlicher Natur (z. B. zur Ersparung eines Dienstboten) aufgibt.

Nr. 391. Geringfügige Barbeträge, die jugendlichen Personen zur Anspornung bei der Arbeit, nicht aber zu ihrer Abgeltung gewährt werden (sogenanntes Taschengeld), sind nicht als Entgelt im Sinne des § 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen.

Nr. 392. 1. § 208 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gilt auch für Abfindungen.

2. Die Beanstandung nach § 208 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist nach dem Tode des Versicherten zulässig.

Nr. 393. Eine Beanstandung nach § 208 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist auch noch während des Berufungsverfahrens zulässig.

Nr. 394. § 34 Satz 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, wonach der Rentenausschuß den Todestag Verschollener nach billigem Ermessen feststellt, gilt auch für die Beitragserstattung nach § 398 a. a. O.

Nr. 395. Ein Anspruch auf Beitragserstattung nach § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte besteht nicht, wenn eine weibliche Versicherte nach der Verheiratung längere Zeit die versicherungspflichtige Beschäftigung fortgesetzt hat und schließlich wegen Krankheit ausscheidet.

Nr. 396. Der Monat August 1914 ist jedenfalls dann als voller Kalendermonat im Sinne der Bekanntmachung, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges, vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531) anzusehen, wenn ein Versicherter bereits am 1. August 1914 die Reise nach seinem Gestellungsorte angetreten hat, um diesen rechtzeitig zu erreichen.

Nr. 397. Einer Versicherten, welche die Absicht hat, sich zu verheiraten, durch einen Unfall aus dem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis ausscheiden muß, sich nach Wiederherstellung verheiratet und infolgedessen die versicherungspflichtige Beschäftigung nicht wieder aufnimmt, steht ein Anspruch auf Beitragserstattung nach § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zu.

Nr. 398. Scheidet eine Versicherte längere Zeit (1½ Jahre) nach der Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung nach Eintritt der Schwangerschaft aus, so ist der Anspruch auf Beitragserstattung nach § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte begründet, wenn die Verhältnisse die Annahme rechtfertigen, daß sie von vornherein die Absicht gehabt hat, infolge ihrer Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung auszuscheiden.

Nr. 399. Die Entrichtung freiwilliger Beiträge in der Zeit zwischen dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und der Verheiratung zum Zwecke der Erhaltung der Anwartschaft schließt den Anspruch auf Beitragserstattung nach § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht aus.

Nr. 400. Bei einer Altersrentenversicherung bewirkt die Fälligkeit der Rentenzahlungen nicht die Aufhebung der Versicherung im Sinne des § 393 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 401. Handelt es sich um das Ruhen der Rente, so ist die Revision nach § 282 Nr. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht ausgeschlossen.

Nr. 402. Patentanwaltskandidaten sind während ihres Vorbereitungsdienstes bei einem Patent-

anwalt, soweit sie Entgelt beziehen, versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 403. Die Beitragserstattung nach § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist eine „reichsgesetzliche Leistung" im Sinne des § 382 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 404. Durch die Zugehörigkeit zu einer landesgesetzlichen Fürsorgeeinrichtung, welche im Sinne des § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte Versicherungsfreiheit herbeiführt, wird die Anwartschaft für die reichsgesetzlichen Leistungen der Angestelltenversicherung nicht aufrechterhalten.

Nr. 405. Im Verfahren gemäß § 11 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist der Rentenausschuß nicht verpflichtet, eine Entscheidung der obersten Verwaltungsbehörde über die Gewährleistung von Hinterbliebenenfürsorge herbeizuführen.

Nr. 406. Die im § 398 letzter Satz des Versicherungsgesetzes für Angestellte bestimmte Frist ist eine Ausschlußfrist. Wegen Versäumung dieser Frist kann auf Grund des § 331 des Versicherungsgesetzes für Angestellte Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nicht erteilt werden.

Nr. 407. Die Entscheidung des Rentenausschusses über die Zustimmung zum gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherten im Auslande (§ 76 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) kann nicht selbständig durch Beschwerde angefochten werden.

D. Zur Militärversorgung.

Entscheidungen des Reichs-Militärversorgungsgerichts.

Zu § 14 MVG.: Lediglich die Tatsache, daß jemand anläßlich des Krieges noch in vorgerücktem Alter zum Heeresdienst eingezogen worden und deshalb den Anstrengungen des Heeresdienstes nicht mehr gewachsen war, rechtfertigt die Gewährung der Kriegszulage nicht. Vielmehr kommt es, namentlich nach den im Heimatdienste zu stellenden strengeren Anforderungen, darauf an, ob die schädigenden Einwirkungen, durch welche die Gesundheitsstörung hervorgerufen worden ist, mit der eigentlichen Kriegführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. — RefE. v. 13. 4. 20 (M 333/20).

Zu § 17 OPG.: Ein im heimatlichen Ausbildungsdienst beschäftigter Offizier, der sich befehlsgemäß nur zur eigenen Belehrung vorübergehend in der Kampfstellung aufhält, ist nicht als Teilnehmer an einem Krieg anzusehen. Die Kabinettsordre vom 7. September 1915 (RGBl. S. 599, AVBl. S. 419) bestimmt, wer als Kriegsteilnehmer zu gelten hat. Deren Voraussetzungen sind in Fällen der vorliegenden Art nicht gegeben, wenn nicht der Aufenthalt im Kriegsgebiete wenigstens zwei Monate gedauert hat oder der Offizier an einer Schlacht, einem Gefecht, einem Stellungskampf oder an einer Belagerung teilgenommen hat. — RefE. v. 4. 5. 20 (M 659/19).

Zu § 28 OPG.: Die Spruchbehörden der Militärversorgung sind nicht berechtigt, die laufende Pension aus § 28 OPG. auf einen begrenzten Zeitraum festzustellen. Eine zeitliche Begrenzung der auf Grund des § 28 a. a. O. für die Zukunft zu gewährenden Pension wird im Regelfalle von einer, wenn auch durch ärztliche Gutachten unterstützten, doch mehr oder wenig zweifelhaften Schätzung der voraussichtlichen Dauer der Dienstunfähigkeit des Versorgungsberechtigten ausgehen. Sie kann auch dazu führen, wohlerworbene Rechte des zur Leistung verpflichteten Fiskus zu beeinträchtigen. Die Übung der früher zur Feststellung der Pensionen zuständigen obersten Militärverwaltungsbehörden der Kontingente, die Pension nach der mutmaßlichen Dauer der Dienstunfähigkeit des Beschädigten für eine länger oder kürzer bemessene Reihe von Jahren zu bewilligen, hatte nur die Bedeutung, daß die Verwaltungsbehörde sich des Rechts zur Entziehung der Pension vor Ablauf der Frist freiwillig begab. Die Spruchbehörden dagegen können nicht namens des Fiskus für einen gewissen Zeitraum auf das Recht verzichten, die Gebührnisse zu entziehen, sobald die Voraussetzungen für ihre Fortgewährung fortgefallen sind. — RefE. v. 18. 5. 20 (M 467/20).

Zu §§ 28, 30, 31 OPG.: Bei Berechnung des pensionsfähigen Diensteinkommens eines Offiziers des Beurlaubtenstandes kommt eine Anrechnung der im Zivildienst des Reichs oder eines Bundesstaates zugebrachten Zeit, wie sie § 15 OPG. bei Offizieren des Friedensstandes allgemein vorsieht, nicht in Frage. Es ist nicht gerechtfertigt, die lange Zivildienstzeit, für die regelmäßig ein Anspruch auf Pension schon bestehen wird, nochmals zur Begründung einer höheren Militärpension mit zugrunde zu legen. — RefE. v. 18. 5. 20 (M 289/19).

Zu § 28 OPG.: Bei der Prüfung der Frage, ob ein Offizier zu jedem Militärdienst unfähig ist, ist von den Anforderungen auszugehen, die an die Angehörigen derjenigen Gruppe (Offiziere, Sanitätsoffiziere, Veterinäroffiziere) gestellt zu werden pflegen, welcher der Kläger angehört. Es wäre unbillig und mit der Absicht des Gesetzes nicht vereinbar, wenn jemand, der nie Soldat gewesen, im praktischen Militärdienst nicht ausgebildet, erst im Laufe des Krieges als landsturmpflichtiger Veterinär eingezogen und ausschließlich als Veterinär verwendet worden ist, die Pension aus § 28 OPG. lediglich deshalb nicht erhalten sollte, weil er — obschon unfähig zur Ausübung jeglichen Veterinärdienstes bei der Truppe — den wesentlichen Anforderungen, die an einen Offizier im Garnisondienste gestellt zu werden pflegen, noch gewachsen ist. — RekE. v. 4. 5. 20 (M 795/20).

Zu § 15 Abs. 1. u. 4 MHG.: Die Berücksichtigung der Vorschrift, daß Witwen- und Waisengeld weder einzeln noch zusammen den Betrag der Vollrente des Verstorbenen übersteigen dürfen, ist jedenfalls bei der erstmaligen Feststellung der Hinterbliebenengebührnisse Aufgabe der Feststellungs- und Spruchbehörden. Zur Feststellung im Sinne der Versorgungsgesetze gehört alles, was die Fragen betrifft, ob und in welchem Umfange die ursprünglichen Voraussetzungen für die Entstehung des Anspruchs gegeben sind, inwieweit sie fortbestehen oder weggefallen sind. Aber schon Wortlaut und Stellung des § 15 im Gesetze führen zu der Folgerung, daß in Höhe der Kürzung der Anspruch auf Hinterbliebenengebührnisse erst gar nicht zur Entstehung gelangt. Ist demnach die Vornahme der Kürzung Sache der Verwaltungsbehörde im Feststellungsverfahren, so liegt diese Aufgabe im Streitverfahren den Spruchbehörden der Militärversorgung ob. — RekE. v. 28. 5. 20 (M 136/19).

Zu Art. II § 16 Abs. 3 VO. vom 1. 2. 1919 (RGBl. S. 149): Nach § 16 Abs. 3 a. a. O. besteht Gebührenfreiheit auch dann, wenn der Versorgungsanspruch eine Dienstbeschädigung nicht zur Voraussetzung hat (zu vgl. § 1 Abs. 1 OPG.), die Dienstunfähigkeit aber, auf der er beruht, tatsächlich durch eine während des Krieges erlittene Dienstbeschädigung verursacht ist. Die Vorschrift des § 16 Abs. 3 sollte allen denen eine Vergünstigung gewähren, die infolge einer während des letzten Krieges erlittenen Dienstbeschädigung versorgungsberechtigt geworden sind und damit zusammenhängende Ansprüche geltend machen. Eine andere Auslegung würde dahin führen, daß selbst ein Offizier, der infolge einer durch den Krieg erlittenen Dienstbeschädigung pensionsberechtigt geworden ist und deshalb Kriegszulage bezieht, keine Gebührenfreiheit genösse, wenn er im Spruchverfahren eine höhere Bemessung der ihm nach § 1 Abs. 1 OPG. zustehenden Pension begehrte. Der Begriff einer während des Krieges erlittenen Dienstbeschädigung im Sinne des § 16 Abs. 3 a. a. O. muß in dem obigen weiteren Sinne aufgefaßt werden. — RekE. v. 11. 5. 20 (M 56/20).

Zu Art. II § 17 Abs. 2 VO. v. 1. 2. 19 (RGBl. S. 149): Über die nachträgliche Festsetzung von außergerichtlichen Kosten nach Zurücknahme des Rechtsmittels ist nach öffentlicher und mündlicher Verhandlung zu entscheiden. Nach Art. II § 15 Abs. 1 a. a. O. wird vor den Militärversorgungsgerichten und dem Reichs-Militärversorgungsgericht grundsätzlich mündlich und öffentlich verhandelt. Eine Ausnahmevorschrift, die ein einfacheres Verfahren zuläßt, besteht nicht. Insbesondere enthält § 95 der Bestimmungen des RAM. v. 18. 2. 19, der den Fall der Übergehung eines Haupt- oder Nebenanspruchs oder des Kostenpunktes im Verfahren der Militärversorgung regelt, keine dem § 1674 Abs. 2 RVO. entsprechende Vorschrift über nachträgliche Entscheidung ohne mündliche Verhandlung. — Entsch. v. 7. 5. 20 (M 60/19).

Zu Art. IV Nr. 5 Abs. 2 Satz 3 der Verordnung v. 1. Februar 1919 (RGBl. S. 149): Gemäß vorerwähnter Vorschrift gilt die Stellung des Antrags auch dann als rechtzeitige Einlegung der Berufung, wenn die Klage nicht bis zum Ablaufe von 6 Monaten nach Zustellung der Entscheidung der obersten Militärverwaltungsbehörde des Kontingents erhoben war. Der Wortlaut der Verordnung, wie auch das Fehlen eines für die gegenteilige Auffassung sprechenden inneren Grundes sind dafür anzuführen. — RekE. v. 14. 4. 20 (M 561/19).

Sprechsaal.

Benachteiligung der Krankenkasse durch die Handverkaufslisten.

Die Apotheker-Zeitung Nr. 28 vom 9. Juli 1920 veröffentlicht einige Preisveränderungen für H.-V.-Mittel mit Gültigkeit vom 1. Juli 1920, und zwar:

1. für die „Deutsche H.-V.-Taxe“, die für das Privatpublikum gilt und nur von Apothekern festgesetzt wird, und
2. für die „H.-V.-Taxe für Krankenkassen“ (K. H. L.), die gemeinsam von Vertretern der Krankenkassen und der Apothekenbesitzer aufgestellt wird.

Bei Durchsicht der K. H. L. fielen schon immer die unverhältnismäßig hohen Preise dieser von vielen Krankenkassen angenommenen H.-V.-Liste auf, zumal laut Gesetz den Krankenkassenmitgliedern nicht höhere Preise als dem Privatpublikum berechnet werden dürfen. Wie diese Bestimmung eingehalten wird, zeigen die nachstehenden drei von im ganzen vier veränderten Preisen der K. H. L. — Es beträgt der Preis:

von	für die dtsch. H.V.L.	für die Kr.H.L
Liniment. Calcariae 100 g	3,30 M	4,00 M
Ungt. Hydrarg. alb. venal (5%) 10 g	1,00 „	1,20 „
Ungt. Hydr. ciner. ven. (10%) 10 g	1,20 „	1,50 „

Also trotz der Mitarbeit der Krankenkassenvertreter (welcher?) sind die Preise der „H.-V.-Liste für Krankenkassen“ erheblich höher als für das Privatpublikum! Wie lange wollen sich die Kassen diese Behandlung seitens der Apotheken und diese „Beratung“ seitens der Krankenkassenvertreter noch gefallen lassen? Wozu bedarf es überhaupt einer besonderen H.-V.-Taxe für Krankenkassen? Meines Erachtens ist es das Zweckmäßigste, die RVO. dahin abzuändern, daß alle einfachen, in der landesgebräuchlichen Privat-H.-V.-Taxe genannten Mittel bei Verschreibung für die Kassen ebenfalls nach dieser Taxe, auch bezüglich der Gefäße zu berechnen sind; denn die schriftliche Anweisung des Arztes geschieht nicht, um der Apotheke Gelegenheit zur Anwendung der Rezepturtaxe zu geben, sondern einzig und allein damit der Kassenpatient der Barzahlung enthoben ist, und der Apotheker einen Beleg für die Verrechnung mit der Kasse in die Hände bekommt. Dem Privatpatienten würde der Arzt in den meisten Fällen nur mündlich bestellen, er möge sich etwas Kamillen oder Anistropfen usw. besorgen, wie ich dies hundertfach erlebt habe.

Es liegt also kein Grund vor, für die Krankenkassen noch eine besondere K. H. L. mit anderen oder gar höheren Preisen, als sie das Privatpublikum bezahlt, aufzustellen. Für Mitteldeutschland wäre die Hartmannsche H.-V.-Taxe als maßgebend zu bezeichnen. Die Herausgeber der H.-V.-Taxen sind zu veranlassen, unter die Krankenpflegeartikel solche von zwar dauerhafter, aber einfacherer Konstruktion und Aufmachung, wie sie also von den Kassen gewährt werden, aufzunehmen, namentlich bezüglich der Spritzen und Irrigatoren.

Die bisherigen amtlichen K.-H.-V.-Listen können von den Kassen keinesfalls als dem Sinne des Gesetzes entsprechend angesehen werden, eher sind sie als Umgehung des Gesetzes zum Schaden der Kassen zu betrachten, zumal sie viele wohl nie als Arznei vorkommende Mittel (z. B. rohe Salzsäure, Chlorkalk, rohe Schwefelsäure usw.) enthalten, während zahlreiche unzweifelhaft zum H.-V. gehörende Mittel, wie die meisten Tees, Samen, Rinden usw. fehlen.

Jedenfalls ist es gesetzwidrig und geradezu empörend, wenn für Kassenmitglieder eine erheblich höhere H.-V.-Taxe zur Anwendung gelangt, als für das Privatpublikum. Ich frage nochmals, wann hier endlich energisch durchgegriffen wird.

Ein Kassenapotheker.

Erhebung der Kassenbeiträge für 53 Wochen im Jahr.

Zu dieser, hier S. 277 und 337 erörterten Frage schreibt uns noch Herr Geschäftsführer Bodendörfer in Uffenheim:

„Für Kassen, die ihre Beiträge für volle Wochen und allmonatlich für die abgelaufene Beitragszeit erheben, ist die Sachlage die, daß sie in der Regel für jeden Monat nur so viele Wochenbeiträge berechnen können, als abgelaufene Beitragswochen im Beitragsmonat zu zählen sind. Nachdem die Beitragswoche mit dem Sonntag endet, sind in diesem Falle so viele Wochenbeiträge fällig, als Sonntage in den Monat fallen. Hier ist es ausgeschlossen, daß einmal für einen Monat allein sechs Wochenbeiträge berechnet werden müssen. Die nach Umfluß mehrerer Jahre sich ergebende 53. Jahresbeitragswoche kommt lediglich dadurch in Erscheinung, daß dann auf eines der Quartale zwei Monate mit fünf und ein Monat mit vier Beitragswochen fallen, wie das in den Monaten Oktober, November, Dezember 1916 der Fall war. Es erübrigt sich dann auch, darauf ein besonderes Augenmerk zu lenken, daß im Laufe der Jahre die 53. Beitragswoche nicht unbeachtet bleibt.“

Hierzu ist zu bemerken, daß diese Berechnung in der Regel allerdings zutreffen wird. Es kann aber tatsächlich vorkommen, daß für einen Versicherten, der nur einen Monat beschäftigt ist, sechs Beitragswochen zu bezahlen sind. Hierfür bietet der Mai ein treffendes Beispiel. Der 1. dieses Monats war ein Sonnabend. Für diesen Tag ist voll zu zahlen, wenn die Beiträge für volle Wochen erhoben werden. Die Zeit vom 2. bis 29. Mai sind vier Wochen. War der Versicherte nun noch am Montag, dem 31., tätig, so ist der Beitrag auch für die mit diesem Tage beginnende Woche voll zu entrichten. Das macht sechs Wochen auf einen Monat.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Einigung zwischen Ärzten und Krankenkassen.

Auf der Grundlage der „Vereinbarung über das Arztsystem“ ferner des „Schiedsspruchs über die ärztliche Vergütung“ und seiner Ergänzung (siehe hier Heft 19 S. 375 ff) ist nach erneuter Verhandlung im Reichsarbeitsministerium am 21. Juni 1920 eine endgültige Einigung zwischen den beteiligten Kassenverbänden und Ärztevereinigung zustande gekommen. Das darüber aufgenommene Protokoll, wie wir es in den Verbandszeitschriften finden, gibt für sich allein keine klare Vorstellung von der Bedeutung der beschlossenen Erläuterungen oder

Ergänzungen; sie lassen sich nur im Zusammenhang mit jenen Grundlagen verstehen und mögen so hier mitgeteilt werden:

I. Zur Vereinbarung über das Arztsystem (Anlage I, hier S. 376):

Zu Punkt 3, der von der freien Arztwahl handelt, verpflichten sich die Kassenverbände, sich in der Presse und in Versammlungen einer Stellungnahme gegen die freie Arztwahl in offiziellen Erklärungen zu enthalten und in örtliche Streitigkeiten zwischen Kassen und Ärzten über dieses System nicht einzugreifen. Der einzelne Arzt, mit dem der Vertrag geschlossen wird, soll folgende Erklärung unterschreiben: „Ich verpflichte mich, die Satzung, die Instruktion und Beschlüsse der kassenärztlichen Organisation und die in deren Verträgen, die ich wie von mir in eigener Person geschlossen ansehe, mit den Krankenkassen festgesetzten Vorschriften gewissenhaft zu befolgen. Außerdem verpflichte ich mich, mich den Entscheidungen der Mitgliederversammlungen der kassenärztlichen Organisationen sowie des vertraglichen Schiedsgerichtes ohne Weiterungen zu unterwerfen."

Zu Punkt 4 wird als dritter Satz eingefügt: „Im Streitfalle (nämlich darüber, ob das Honorar an den einzelnen Arzt oder an die kassenärztliche Organisation oder an eine gemeinsame Abrechnungsstelle zu zahlen ist) entscheidet das Schiedsamt nach freiem Ermessen."

Zu Punkt 6 Satz 1, der von den Veranstaltungen handelt, welche die Kassen zur Ergänzung der ärztlichen Behandlung usw. zu errichten berechtigt sind, ist unter Streichung der Worte „und dergleichen" die von Herrn Heinemann in der „Betriebskrankenkasse" Nr. 11 S. 85 gegebene Erläuterung als zutreffend anerkannt worden, nämlich: „In Ziffer 6 ist ein grundsätzlicher Unterschied zwischen Beratungs- und Behandlungsanstalten gemacht worden. Unter Beratungsanstalten sind Einrichtungen nach Art der Beratungsanstalten für Lungenkranke, Geschlechtskranke usw. zu verstehen, wie sie an vielen Orten bereits eingerichtet sind. In diesen Beratungsanstalten, die die Kassen einrichten, darf eine Behandlung nicht stattfinden. Behandlungsanstalten dürfen Krankenkassen vielmehr nur errichten für die Ausführung technischer Behandlungsmethoden. Auf die Errichtung von Ambulatorien, Polikliniken, allgemeinen Beratungsanstalten mit ärztlicher Behandlung haben die Kassenverbände verzichtet."

II. Zum Schiedsspruch über die ärztliche Vergütung (Anlage II, hier S. 377):

Punkt 2 wird aufgehoben und ersetzt durch folgende Bestimmung: „Die Festsetzung von Pauschalbeträgen bleibt der örtlichen Vereinbarung überlassen."

Der Nachtrag, betreffend die Wegegebühren, erhält folgenden Zusatz: „Die weiteren Bestimmungen des Tarifabkommens vom 9. Dezember 1919 (über Wegegebühren; zu vgl. hier Heft 2 S. 37) bleiben bestehen."

Zum Kampf der Angestelltenversicherung um ihre Selbständigkeit.

In seiner Sitzung vom 22. 4. 20 hat der Verwaltungsrat folgende Entschließung (zu I gegen 3 Stimmen, zu II einstimmig) gefaßt:

I. — Durch Ministerialerlaß und Gesetzentwürfe werden neuerdings Maßnahmen vorbereitet, die auf Untergrabung der selbständigen Angestelltenversicherung hinauslaufen. Dahin gehört der vorbereitende Erlaß des Herrn Arbeitsministers, betreffend Übertragung der Zuständigkeit des Schiedsgerichts und des Oberschiedsgerichts an die Spruchbehörden der Invalidenversicherung, ebenso die Reichsratsvorlage zur Abänderung des IV. Buches der Reichsversicherungsordnung, welche der Invalidenversicherung die notwendige Anpassung der Versicherungsgrenze und der Lohnklassen an die Geldentwertung bringt, während die Angestelltenversicherung unter Nichtachtung der von allen Beteiligten dem Arbeitsministerium seit Monaten eingereichten Vorschläge übergangen wird. Vollends muß der Gesetzentwurf über Arbeitsgemeinschaften der Versicherungsträger*), wenn die ihm zugrunde liegenden Absichten verwirklicht werden, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zum Opfer anderer, sowohl in ihrer Leistungsfähigkeit als in ihren Aufgaben wesentlich abweichender Versicherungsträger machen. Der Verwaltungsrat erhebt gegen diese ganzen Bestrebungen schärfsten Einspruch.

II. — Der Verwaltungsrat erwartet, daß die Angleichung der Invalidenversicherung an den gesunkenen Geldwert nicht ohne entsprechende Steigerung der Versicherungsgrenze und der Gehaltsklassen auch in der Angestelltenversicherung erfolgt, daß ferner die Gründung, der Geschäftsbereich und die Geschäftsübung der geplanten Arbeitsgemeinschaften nicht dem Ermessen des Ministers, sondern freiwilligem Übereinkommen der Versicherungsträger überlassen bleibe. Soweit Maßnahmen der allgemeinen Wohlfahrtspflege seitens der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Betracht kommen, wird die Reform des Versicherungsgesetzes für Angestellte bei Gelegenheit der allgemeinen Reform der sozialen Versicherungsgesetze der gegebene Weg sein, um auch der Reichsversicherungsanstalt die hierfür längst von ihr dringend begehrte Bewegungsfreiheit zu schaffen.

Hauptversammlung der Betriebskrankenkassen.

Der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen (Sitz Essen) hat am 25. und 26. Juni in Eisenach eine Tagung abgehalten. Nach dem von dem Vorsitzenden, Justizrat Wandel, Direktor von Fried. Krupp A.-G., erstatteten Geschäftsbericht umfaßt der Verband 3448 Mitgliedskassen mit rund 3 Millionen Versicherten. Über das Verhältnis zu den Ärzten berichtete Handlungsbevollmächtigter Heinemann, Essen: Nach den Feststellungen der Gerichte sei es nicht mehr zweifelhaft, daß die Ärzte unberechtigterweise aus den Verträgen fristlos ausgetreten seien. Deshalb hafteten die Ärzte für den aus diesem Vertragsbruch entstandenen Schaden. Die Kassen hätten bisher den Abwehrkampf gut durchgeführt, da die Versicherten hinter ihnen ständen. Die Kassen seien zu Entgegenkommen bereit, jedoch müßten die Ärzte den Lebensinteressen der Kassen Rechnung tragen. Stadtrat v. Frankenberg, Braunschweig, behandelte die „Versicherungsreform und die Betriebskrankenkassen": Die Betriebskrankenkassen stellten die beste Form der Krankenversicherung dar und böten gegenüber den großen Ortskrankenkassen Vorteile, die sich insbesondere aus der nahen Verbindung von Betrieb und Krankenkasse bei den Betriebskrankenkassen ergäben. Dr. Halbach, Essen, sprach über die Reformfragen in der Reichsversicherung, über Arbeitslosenversicherung, Pflichtverbände der Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften der verschiedenen Träger der Reichsversicherung und über das Reichsversicherungsgesetz. Professor Dr. med.

*) Zu vgl. unsere Anmerkung im Heft 15 S. 296.

Sieveking, Hamburg, legte in eingehendem Vortrage dar, daß die Krankenkassen, die bisher nur in den Versicherungsfällen mit ihren Leistungen einträten, auch in umfassender Weise bei der Krankheitsverhütung wie auch bei der Volksgesundheitspflege im allgemeinen mitwirken können.

Die Allgemeine Ruhegehaltsversicherung Deutscher Krankenkassen, Sitz Weimar,

hielt am 27. Juni 1920 ihre dritte ordentliche Jahresversammlung in Bad Blankenburg i. Thür. ab. 32 Mitgliedskassen hatten 37 Vertreter entsendet. Außerdem waren 5 Vertreter von Regierungen, Oberversicherungsämtern und anderen öffentlichen Körperschaften erschienen. Aus dem Berichte des Vorstandsvorsitzenden über die Geschäftstätigkeit sei folgendes hervorgehoben: Ende 1919 gehörten der Ruhegehaltsversicherung 78 Allgemeine Ortskrankenkassen mit 317 Angestellten (Ende 1918 65 mit 220), 6 Landkrankenkassen mit je einem Angestellten (2 mit 2) und 2 Weiterversicherer (1), insgesamt also 84 Kassen mit 323 Angestellten (67 mit 222) an. Der Zuwachs beträgt also 17 Kassen mit 101 Angestellten. Im ersten Halbjahr 1920 traten weitere 11 Kassen mit 52 Angestellten bei, so daß sich der Bestand jetzt aus 97 Kassen mit 377 Angestellten zusammensetzt. Austritte von Kassen sind nicht erfolgt. — Das Jahreseinkommen sämtlicher Versicherten im Jahre 1919 betrug 873 504,47 ℳ, gegen 503 781,75 ℳ im Jahre zuvor. Im Berichtsjahre wurden für 2 Personen 723,93 ℳ Ruhegehalt, für 2 Personen 889,18 ℳ Witwengeld gezahlt, und für 4 Personen wurden 372 ℳ Heilverfahrenkosten erstattet. Die Gesamtsumme der Aufwendungen beträgt also 1976,11 ℳ. Das Vermögen betrug Ende 1919: 394 999,47 ℳ, gegen 226 865,20 ℳ im Jahre zuvor. — Zur Durchführung von Heilverfahren wurden mit der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und mit der Thüringischen Landesversicherungsanstalt Abkommen getroffen. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat sich nunmehr zur vollen Rückerstattung der Angestelltenversicherungsbeiträge, und zwar sowohl der Arbeitgeber- als auch der Arbeitnehmerteile, auf die Zeit bis Anfang 1913 bereit erklärt. Sodann wurde der dritte Satzungsnachtrag beschlossen, der einige unwesentliche Satzungsänderungen enthält.

Das Wohnungselend in Berlin

wird grell beleuchtet durch den Bericht, den im Auftrage des Vorstandes der Allgem. Ortskrankenkasse der Stadt Berlin wiederum der gerade um diesen Zweig der Verwaltung so besonders verdiente Direktor der Kasse, Albert Kohn, erstattet hat unter dem Titel „Unsere Wohnungsuntersuchungen im Jahre 1918". Wir lassen hier das Vorwort des Verfassers folgen:

„Während seit einer Reihe von Jahren die von uns veröffentlichten Wohnungsberichte kleine Fortschritte zum Bessern zeigten und wenigstens hier und dort günstigere Bilder über die Aufenthaltsräume entwerfen konnten, in welchen wir unsere Kranken antrafen, gestaltet sich unser Bericht über das Jahr 1918 ungünstiger, und noch trüber der Ausblick in die nächste Zukunft. Mit dem tragischen Ausgang des Krieges und dem Zurückfluten unserer Heere bestätigt sich immer mehr, wie berechtigt die Befürchtungen waren, die einsichtsvolle Wohnungspolitiker von Beginn des Krieges an hegten und denen auch wir stets Ausdruck verliehen haben. Die Kleinwohnungsnot ist da, sie ist nicht mehr abzustreiten, und ihre furchtbaren Begleiterscheinungen werden sich in den nächsten Jahren immer fühlbarer machen, da die rechtzeitigen Warnungsrufe ungehört verhallten und die Freigabe der früher beseitigten Dach- und Kellerwohnungen nur Palliativmittel schlimmster Art darstellen. Im Jahre 1845 erschien zum ersten Male „Die Lage der arbeitenden Klasse in England" von Friedrich Engels, die berühmt gewordene Arbeit, in der er die Worte niederlegte „Es ist keine Baracke so schlecht, es findet sich immer ein Armer, der keine bessere bezahlen kann." Damals mag mancher deutsche Leser die Meinung gehegt haben, solche Zustände seien Gott sei Dank nur in England, nicht aber bei uns möglich. Heute, nach 75 Jahren ungeahnter Fortschritte auf allen möglichen Gebieten der Wissenschaften und Künste, sind wir bei uns soweit angelangt, daß wohl manch bessere Wohnung bezahlt werden könnte, die elendeste Baracke aber genommen werden muß, weil keine bessere vorhanden ist. Davon wissen besonders die kinderreichen Familien ein Lied zu singen. Und wenn Engels sagte: „Wenn man sich die Umstände ins Gedächtnis zurückruft, unter denen die Arbeiter leben, wenn man bedenkt, wie gedrängt ihre Wohnungen sind, wie vollgepfropft jeder Winkel von Menschen ist, wie Kranke und Gesunde in einem Zimmer, auf einem Lager schlafen, so muß man sich noch wundern, daß eine ansteckende Krankheit, wie das Fieber, sich nicht noch mehr verbreitet", so zeigen unsere Berichte, daß alle diese Dinge sich leider hier bei uns häufig genug ereignen. Es ist hier nicht die Stelle und es wäre auch zwecklos, Anklage zu erheben wegen all der Unterlassungssünden, die besonders auf dem großen Gebiete der Siedlungspolitik begangen wurden, aber Pflicht ist es, das Elend aufzudecken, das dadurch hervorgerufen und befördert wurde, damit endlich eine Umkehr, und zwar ohne Zaudern erfolge. Keiner der Träger der Arbeiter- und Angestelltenversicherung hat in gleichem Maße die Möglichkeit wie die Krankenkassen, mit den Versicherten in näheren Verkehr zu kommen, sie in ihren Heimen aufzusuchen und die engen Beziehungen zwischen Wohnung und Krankheit zu beobachten. Aus dieser Tatsache heraus halten wir uns immer wieder verpflichtet, das zu zeigen, was ist, darauf hinzuweisen, wie die versicherungspflichtige Bevölkerung wohnt, die einen immer größer werdenden Teil des ganzen deutschen Volkes darstellt. Wir dürfen uns der Tatsache nicht verschließen, daß viele Millionen Mark, die aus den Beiträgen der Arbeitgeber und der Versicherten alljährlich ausgegeben werden, ihren Zweck verfehlen, weil Zehntausende der Kranken in schlechten überfüllten Räumen hausen, die nicht nur die Genesung der Leidenden hintanhalten, sondern auch die Übertragung ansteckender Krankheiten fördern. Der erhoffte und erreichbare Nutzen unserer sozialen Einrichtungen wird erst dann eintreten, wenn wir endlich zu der längst geforderten Wohnungsreform gelangen, die nirgends dringender ist als in Groß-Berlin."

Dem reichen Tatsachen- und Zahlenmaterial über die traurigen Zustände und ihre Folgen sind erläuternde Ausführungen und, als Anhang, eine Reihe von Bildern angefügt, die in den Aufenthaltsräumen von Kranken der Kasse aufgenommen sind. Sie ergänzen, veranschaulichend, das trübe Bild, das sich aus dem Bericht ergibt; und doch besorgt der Verfasser, daß gerade diese Bilder das Urteil irreleiten und die Lage minder schlimm erscheinen lassen könnten, als sie in Wahrheit ist. Er sieht sich deshalb zu einem Vorbehalt genötigt und schreibt: „So

erschütternd diese Aufnahmen auf manche der Betrachter, besonders auf diejenigen wirken mögen, die das Berliner Mieterelend nicht aus eigenem Augenschein kennen oder die von der Mietkaserne nur Vorderhäuser der eleganten Wohnviertel betreten haben, ein getreuer Eindruck der tatsächlich herrschenden Zustände ist auch durch die Photographie nicht zu geben. Manche der Aufnahmen konnten nur mit Zuhilfenahme von Blitzlicht bewirkt werden, wodurch die Räume hell, ja freundlich erscheinen, obwohl sie in Wirklichkeit düster, teilweise stockfinster sind, und häufig genug nie Strahlen der Sonne empfangen, vielmehr durch den engen Hof oder den Treppenflur trübseliges Tageslicht erhalten. Der Photograph vermag mit seiner Kunst nur einen schwachen Begriff der Feuchtigkeit an Decken, Wänden und Fußböden und des Schmutzes zu geben, der in den Elendswohnungen kaum zu vermeiden ist, und gar nicht kann dargestellt werden die verpestete Luft, die so oft die Begleiterscheinung des Elends ist."

Reichsamt für Arbeitsvermittlung.

Auf Grund des § 1 der Verordnung über die Errichtung eines Reichsamts für Arbeitsvermittlung vom 5. Mai 1920 (RGBl. S. 876) ist dieses Reichsamt mit dem 8. Mai 1920 in Tätigkeit getreten. Zum Präsidenten des Amtes ist der bisherige Geheime Regierungsrat und vortragende Rat im Preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe Dr. Syrup ernannt worden. Die Geschäftsräume befinden sich einstweilen Berlin W 62, Landgrafenstraße 1.

Die Hygiene des freien Tages.

Die Zahl der Ausflügler, die an schönen Sonntagen aus den Großstädten herausströmen, ist ungeheuer, und es ist wohl eine wichtige Frage, ob diese vielen, die nach den Mühen und Plagen der Woche Erholung und Erfrischung an diesem freien Tage suchen, ihre Mußestunden auch richtig anwenden und wirklich gekräftigt zur neuen Arbeit heimkehren. Ein Arzt, der sich viel mit diesem Problem beschäftigt hat, nennt als den gröbsten Irrtum, dem sich viele Ausflügler hingeben, daß sie zu viel unternehmen. Allzu große Ermüdung macht den gesundheitsfördernden Wert, den der Aufenthalt in freier Luft hat, wieder hinfällig. In dem Bestreben, den freien Tag möglichst inhaltreich zuzubringen, mutet man sich überhaupt zu viel zu. Der eine läuft ein paar Kilometer zu weit spazieren, der andere spielt zu viel Fußball, der dritte gibt sich allzu eifrig der Gartenarbeit hin. Der Wert des freien Tages liegt aber vor allem darin, daß man dem Körper Ruhe gibt, einen vollkommenen Wechsel der Beschäftigung vornimmt und für neue Eindrücke sorgt. Vom hygienischen Standpunkt aus wäre also das Programm für den freien Tag folgendermaßen aufzustellen: Man geht am Abend zwei Stunden früher als sonst zu Bett und steht am andern Morgen eine Stunde später als gewöhnlich auf; dadurch wird den Körper- und Nervenzellen Gelegenheit zur Kräftigung gewährt. Dann soll man bedenken, daß Sitzen im Freien den Nutzen der frischen Luft ebenso vermittelt wie das Wandern, und der Geist ruht sich bei einem solchen idyllischen Hinbringen des freien Tages am besten aus. Ein solches Programm hält auch von allem Lärm, Staub, Drängen des sonntäglichen Ausflüglerstromes fern und tut auch dem Geldbeutel gut. Mit diesen Ausführungen soll natürlich dem „Drang ins Freie" und der Liebe zum Sport, die im Großstädter leben, nicht Einhalt getan werden; es wird nur vor Auswüchsen gewarnt, wie sie im Riesenbetrieb des allsonntäglichen Verkehrs nicht selten zu beobachten sind. („Arbeiterschutz".)

Die Verwaltungskosten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte

haben, wie das Direktorium derselben bekannt gibt, im Jahre 1918 mit Einschluß der an Kriegsteilnehmer fortgezahlten Gehälter und der Teuerungszulagen in Höhe von 5 734 830,77 ℳ insgesamt 11 042 511,34 ℳ betragen. Die Reineinnahmen aus Beiträgen betrugen 159 782 976,34 ℳ, so daß 6,9 v. H. oder von jeder Mark Reineinnahme aus Beiträgen 6,9 Pf. für Verwaltungskosten aufgebraucht wurden. Im Jahre 1919 sind von 1 ℳ Reineinnahmen aus Beiträgen insgesamt für Verwaltungsaufwand 8,3 Pf. verbraucht worden.

Öffentliche Krüppelfürsorge in Preußen.

Ein preußisches Gesetz vom 6. 5. 20 (Ges. S. S. 280), das mit dem 1. 10. 20 in Kraft tritt (§ 11) und mit dessen Ausführung der Minister für Volkswohlfahrt beauftragt ist (§ 10), legt nunmehr den Landarmenverbänden (in Ostpreußen der Provinz) die Anstaltsfürsorge — wie bisher schon für Geisteskranke, Idioten, Epileptische, Taubstumme und Blinde — auch für „Krüppel" auf und erstreckt diese Fürsorge bei Krüppeln unter 18 Jahren auch auf die Erwerbsbefähigung (§ 1). Die Fürsorge für Krüppel unter 18 Jahren, die nicht der Anstaltspflege bedürfen, und die Maßnahmen zur Verhütung der Verkrüppelung liegen den Land- und Stadtkreisen ob (§ 2). Jeder Land- und Stadtkreis hat mindestens eine Fürsorgestelle für Krüppel zu schaffen oder sich einer solchen anzugliedern; diese Stelle erteilt Beratung, auch schon bei drohender Verkrüppelung, und beantragt die notwendigen Maßnahmen (§ 8). Ärzte, Hebammen, Lehrer und Lehrerinnen, Krankenpflegepersonen und sonstige Fürsorgeorgane haben eine näher geregelte Anzeigepflicht, wenn sie in Ausübung ihres Berufs Verkrüppelungen oder drohende Verkrüppelungen wahrnehmen (§§ 3 bis 5); die Anzeige ist an das Jugendamt oder die einstweilen vom Minister bestimmte Stelle zu richten (§ 6).

Im § 9 wird folgende Begriffsbestimmung gegeben: „Eine Verkrüppelung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn eine Person (Krüppel) infolge eines angeborenen oder erworbenen Knochen-, Gelenk-, Muskel- oder Nervenleidens oder Fehlen eines wichtigen Gliedes oder von Teilen eines solchen in dem Gebrauch ihres Rumpfes oder ihrer Gliedmaßen nicht nur vorübergehend derart behindert ist, daß ihre Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte voraussichtlich wesentlich beeinträchtigt wird." — Es sei darauf hingewiesen, daß von „Verkrüppelung" auch in der Reichsversicherungsordnung die Rede ist, nämlich im § 187 Ziff. 3, wonach die Satzung Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung zubilligen kann, die nach beendigtem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten. Für diese reichsrechtliche Vorschrift kann die Begriffsbestimmung des preußischen Landesgesetzes zwar selbstverständlich nicht als bindende Norm, wohl aber als beachtenswertes Auslegungsmittel in Betracht kommen.

Schrifttum.

Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. IV. Bd.: **Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.** Erläutert von A. Düttmann, Geh. Oberregierungsrat, und H. Seelmann, Landesrat. 2. Aufl. Altenburg, S.-A. 1920, Stephan Geibel Verlag. XVI und 509 Seiten. Preis 42 M, geb. 47 M.

Die Verfasser sind als gründliche Kenner des Reichsversicherungsrechts durch literarische Tätigkeit bewährt und zugleich gewiegte Praktiker, besonders auf dem Gebiete, dem der vorliegende Band gewidmet ist. Der vierte Band des großen Kommentars zur Reichsversicherungsordnung war in erster Auflage 1912 erschienen; das Vorwort zur neuen Auflage dieses Bandes datiert vom November 1919. In der Zwischenzeit haben nicht nur Rechtsprechung und Schrifttum an der Fortentwicklung des Rechts der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung eifrig gearbeitet, sondern es sind auch während des Krieges und nachher zahlreiche Rechtsänderungen in Kraft getreten, so daß es auch für den Kundigen nicht leicht ist, sich verläßlich über das gegenwärtig geltende Recht der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu unterrichten; und noch ist bekanntlich die Reformgesetzgebung auf diesem Gebiete nicht abgeschlossen. Daß unter solchen Umständen die Verfasser und der Verlag sich dennoch entschlossen haben, das Vorhandene zusammenzufassen und so den Interessenten einen übersichtlichen neuen Kommentar des geltenden Rechts in bewährter Gestalt darzubieten, ist sehr dankenswert. Das Werk wird, obwohl die Umgestaltung dieses Rechtsstoffes noch im Flusse ist, nicht leicht veralten, wenn, wie in Aussicht gestellt wird, die weiteren Rechtsänderungen möglichst bald mit gleichwertigen Erläuterungen in einem Nachtrage erscheinen werden. In dem vorliegenden Bande sind die Ergebnisse von Wissenschaft und Rechtsprechung hinsichtlich des älteren und des neueren Rechtsstoffs geschickt und, trotz aller Fülle, übersichtlich hineingearbeitet. Besonders wertvoll sind auch die zahlreichen Beispiele, die das Verständnis für die nicht selten verwickelten Fragen erleichtern.

Das neue Arbeitsrecht. Systematische Einführung von Prof. Dr. Walter Kaskel. Berlin 1920, Verlag von Julius Springer. XVI und 323 Seiten. Preis 32 M, geb 39,60 M.

Es entsprach dem Ursprung und den Triebkräften der Staatsumwälzung, daß die Regierenden in der Reform des Arbeitsrechts die dringendste praktische Aufgabe der Gesetzgebung erkannten. So dringend war diese Forderung, daß sie in wesentlichen Stücken sofortige und weiterhin möglichst baldige Erfüllung erheischte. Da konnte an die Aufstellung und den Ausbau eines förmlichen Systems des neuen Arbeitsrechts nicht gedacht werden. Die unvermeidliche Folge war eine Gesetzgebung in Stücken in einer lediglich durch das Maß der Dringlichkeit bestimmten Reihenfolge von Gesetzen und Verordnungen, deren Masse schwer zu überschauen und noch schwerer als eine innere Einheit zu erfassen ist. Diese ungefügige Masse von Vorschriften zuerst systematisch geordnet, ihre Bedeutung und Tragweite sowie ihre nicht immer klare Beziehung zueinander und zu anderen Vorschriften hervorgehoben und uns so wenigstens eine „Einführung" in das neue Arbeitsrecht dargeboten zu haben, ist das Verdienst des Verfassers. Er entwickelt in einer Einleitung die Entstehung, die Quellen, die Grundgedanken und den Gegenstand des neuen Arbeitsrechts, behandelt dann in sechs Teilen die Arbeitsbeschaffung, die Arbeitslosenfürsorge, die Arbeitsleistung, die Arbeitsverfassung, die Arbeitsstreitigkeiten, das Arbeitsrecht einzelner Berufe (Landarbeiter, Dienstboten, Bergleute, Heimarbeiter) und schließt mit einem Abriß des neuen internationalen Arbeitsrechts. Im einzelnen sind diese Teile in reich gegliederten Unterabschnitten übersichtlich geordnet. Die Sprache ist klar. Die beherrschenden Grundgedanken sind einleuchtend hervorgehoben, die Entwicklungstendenzen aufgezeigt. Bei dieser Anlage des Werkes wird sich der von der fortschreitenden Gesetzgebung zu erwartende neue Stoff verhältnismäßig leicht einordnen lassen, zunächst vielleicht in Nachträgen, später — wie man wünschen möchte und von der frischen und doch schon bewährten Kraft des Verfassers erwarten kann — in einer groß angelegten, rechtswissenschaftlich vertieften und zugleich ins Einzelne eingehenden systematischen Darstellung des neuen Arbeitsrechts. Inzwischen wird die vorliegende „Einführung" allen zur Handhabung des Arbeitsrechts berufenen Stellen, allen Sozialpolitikern und Juristen, auch Studierenden ein treffliches Hilfsmittel für Rechtsanwendung und Studium sein; und auch der Gesetzgeber kann mindestens in dem Schema der Arbeit einen beachtenswerten Anhalt finden, wenn es sich darum handeln wird, wahrzumachen, was Artikel 157 der Reichsverfassung verbürgt: „Das Reich schafft ein einheitliches Arbeitsrecht."

Das Recht des Tarifvertrages, unter besonderer Berücksichtigung der Verordnung vom 23. 12. 18. Von Privatdozent Dr. Alfred Hueck. Berlin 1920, Verlag von Franz Vahlen. 208 Seiten. Preis 16 M.

Auf verhältnismäßig engem Raume gibt der Verfasser eine dennoch eingehende Darstellung des Tarifvertragsrechts, unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Wirkungen wenigstens insoweit, als sie für die Erkenntnis der Rechtswirkungen von Bedeutung sind. Dabei geht er, soweit gesetzliche Bestimmungen fehlen, von den tatsächlichen Erscheinungen des Wirtschaftslebens aus, um die Rechtsform des Tarifvertrages in ihrem wahren Wesen zu erfassen und zu Ergebnissen zu gelangen, die den Bedürfnissen des Wirtschaftslebens gerecht werden. Das Schrifttum über den Tarifvertrag und damit zusammenhängende Gegenstände ist in umfassender Weise nachgewiesen und kritisch verwertet; die naturgemäß noch dürftige Rechtsprechung ist berücksichtigt. Die Darstellung ist klar und überall fesselnd und anregend, auch da, wo man nicht völlig oder nicht vorbehaltlos zustimmen möchte, wie z. B. bei den Ausführungen über die Rückwirkung (S. 106, 107). Alles in allem: ein recht beachtens- und empfehlenswertes Buch, wertvoll für die wissenschaftliche Erkenntnis einer in der neuen Zeit zu so besonderer Wichtigkeit gelangten Rechtsform, und wertvoll vor allem auch für alle Praktiker, die damit zu tun haben.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Zur Frage der Weitergeltung der Verordnungen über Kriegswochenhilfe.

1. Nach Plauen. Berichtigung: Gegenüber der im Heft 19 S. 378 Ziff. 4 (nach Daun) erteilten Auskunft weisen Sie mit Recht auf § 8 Abs. 2 des Gesetzes über Wochenhilfe usw. in der Fassung vom 22. 5. 20 (Heft 18 S. 348) hin. Danach steht für Personen, die während des Krieges dem Reiche Kriegs- oder ähnliche Dienste geleistet haben, bei Anwendung der Bekanntmachungen über Kriegswochenhilfe die Zeit zwischen der Beendigung des Krieges und der Entlassung aus jenen Diensten der Zeit der Leistung dieser Dienste gleich. Der Anspruch im Falle der erwähnten Auskunft ist daher begründet, sofern im übrigen die Voraussetzungen einer der im § 8 Abs. 1 des Wochenhilfegesetzes bezeichneten Bekanntmachungen erfüllt sind.

Wochenhilfe in den Fällen der §§ 214 und 311 RVO.

2. Nach Freiburg i. B. Fragen: a) Nach dem § 195a RVO. in der Fassung des Ges. v. 30. 4. 1920 ist das Wochengeld für die ersten vier Wochen mit dem Tage der Entbindung fällig. Hat nun eine Wöchnerin, die z. B. in der fünften oder sechsten Woche vor der Entbindung wegen Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausgeschieden war, Anspruch nach § 214 RVO.? Wann ist hier also der Versicherungsfall eingetreten? Und wie war es nach dem Ges. v. 26. 9. 19?

b) Ist eine Schwangere, die wegen Schwangerschaftsbeschwerden sechs Wochen vor der Entbindung aus dem Beschäftigungsverhältnis ausgeschieden und nachher dauernd bis zur Niederkunft (und länger) arbeitsunfähig war, nach § 311 RVO. Mitglied der Kasse geblieben, wenn eine Schwangerenbeihilfe als Regelleistung gewährt worden ist, oder wenn keine Beihilfe bezahlt worden ist, oder wenn die Kasse einen Vorschuß bewilligt hat?

Antwort: a) Die Bestimmung im § 195a Abs. 1 Ziff. 2 Satz 2 RVO. betrifft nur die Fälligkeit des Wochengeldes und hat keinerlei Bedeutung für die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Wochengeld. Für Versicherte, die wegen Erwerbslosigkeit ausgeschieden sind, ist nach § 214 RVO. eine der Voraussetzungen eines solchen Anspruchs die, daß der Versicherungsfall binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eintritt. Fehlt es hieran, so kann ein Anspruch auf Wochengeld nicht daraus hergeleitet werden, daß die Fälligkeit des Wochengeldes noch in die Dreiwochenfrist fällt, d. h. fallen würde, wenn ein Anspruch überhaupt bestände.

b) Arbeitsunfähige bleiben nach § 311 RVO. Mitglieder, solange die Kasse ihnen Leistungen „zu gewähren hat". Darauf also, ob und inwieweit die Kasse diese Leistungen tatsächlich gewährt hat oder nicht, kommt es nicht an. Die Schwangerenbeihilfe nach § 195a Abs. 1 Ziff. 3 RVO. wird nun zwar in beschränktem Betrage — bis 25 ℳ — gewährt; aber zeitlich ist diese Leistung nicht beschränkt, sondern sie wird für die ganze Zeit der Schwangerschaft, wenngleich eben nur als eine „Beihilfe", gewährt, soweit sie überhaupt erforderlich wird. Deshalb ist in dem Falle der Frage die Wöchnerin bis zur Entbindung (und darüber hinaus) Mitglied geblieben.

Beweis der (ehelichen oder unehelichen) Geburt bei der Wochenhilfe.

3. Nach A. S. Antwort: Eine Bescheinigung des Standesbeamten dahin, daß von der ledigen oder verheirateten ... am ... ein Kind männlichen oder weiblichen Geschlechts geboren ist, entspricht allerdings nicht den Anforderungen des § 15 des Personenstandsgesetzes. Aber diese Vorschrift besagt nur, daß die ordnungsmäßig geführten Standesregister und die ordnungsmäßig ausgefertigten Registerauszüge die Tatsachen, zu deren Beurkundung sie bestimmt und welche in den Registern eingetragen sind, bis zum Nachweise der Unrichtigkeit beweisen. Dagegen folgt aus der Vorschrift keineswegs, daß der erforderliche Beweis nur auf diese Weise erbracht werden kann. Andere Beweise sind keineswegs ausgeschlossen (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 11 S. 425). Im Hinblick auf das im Gebiete der Reichsversicherung den Versicherungsträgern und Versicherungsbehörden zustehende Recht der freien Beweiswürdigung kann daher die Krankenkasse getrost jene Bescheinigung gelten lassen und dem Standesbeamten die Verantwortung auch dafür überlassen, daß er bezeugt hat, daß das Kind von einer ledigen oder verheirateten Person geboren worden ist.

Stillgeld nach dem Tode der Wöchnerin.

4. Nach Bünde i. W. Frage: Die in Heft 19 S. 379 Ziff. 8 vertretene Auffassung können wir nicht teilen, zumal sie im Widerspruch zu den Ausführungen Hoffmanns auf S. 285 steht. Die betreffende Bestimmung kann unseres Erachtens nur Anwendung finden hinsichtlich des mit der Niederkunft fälligen Wochengeldes für vier Wochen und des bis zum Todestage fälligen Stillgeldes, sofern die Voraussetzungen (Stillung) vorliegen. Es kann doch nicht Stillgeld gezahlt werden für eine Zeit, in der nicht mehr gestillt wird, denn sonst wäre es doch sinnlos, überhaupt die Tatsache des Stillens bescheinigen zu lassen. Wird bei der dort vertretenen Meinung verblieben?

Antwort: Sie werden inzwischen aus Heft 20 S. 398 Ziff. 2 entnommen haben, daß wir unsere Ansicht aufrechterhalten. Sie wird durch die Entstehungsgeschichte des § 195b Abs. 3 RVO. ganz zweifelsfrei gerechtfertigt (zu vgl. auch Krause in „Ortskrankenkasse" 1920 Sp. 328, 329). Es ist auch nicht zuzugeben, daß es „sinnlos" sei, nach dem Tode der Wöchnerin „die Tatsache des Stillens bescheinigen zu lassen". Man braucht nur an Stillung durch eine Amme zu denken, und man spricht doch auch von Flaschenstillung; warum

sollte nicht „Stillgeld" überhaupt für irgendwelchen notgedrungenen Ersatz der mütterlichen Stillung gewährt werden können? Auch der Präsident hat bei der Verhandlung im Reichstage an der Fassung des Antrags Anstoß genommen, aber er hat es nicht, wie Sie, als sinnlos, sondern im Gegenteil als „ganz hübsch" bezeichnet, „daß auch die Väter Stillgeld beziehen können" (Sten. Ber. S. 5231 D).

Klage wegen ungerechtfertigter Erhebung von Doppelleistungen der Wochenhilfe. — Strafbarkeit wegen Betrugs?

5. Nach Troisdorf. Frage: Eine bei uns weiterversicherte Ehefrau hat hier Antrag auf Wochenhilfe gestellt und die Beträge erhalten. Wie wir nachträglich erfahren, hat dieselbe Wöchnerin auf Grund der Versicherung ihres Mannes ebenfalls Wochenhilfe bezogen. Da nach dem Gesetz vom 26. September 1919 diese Möglichkeit nicht als ausgeschlossen gelten kann, Hoffmann ja auch von einer Doppelleistung spricht, bitten wir um Äußerung, ob eine Klage auf Rückerstattung im Reiche der Möglichkeit liegt und welche Kasse die Klage zu stellen hätte. Hat die Wöchnerin sich dadurch, daß sie uns unterschrieben hat, daß sie von einer weiteren Kasse keine Wochenhilfe beziehe, strafbar gemacht?

Antwort: Wir sind, abweichend von Hoffmann in ArbVers. 1919 S. 646, der Ansicht, daß die Wöchnerin schon nach dem Gesetz vom 26. September 1919 nicht Anspruch auf doppelte Leistungen der Wochenhilfe, sondern nur ein Wahlrecht zwischen dem Anspruch gegen die eine und dem Anspruch gegen die andere Kasse hatte (vgl. daselbst S. 618 Ziff. 3a und Müller S. 705, 706), wie dies jetzt im § 205a RVO. (Abs. 6) in der Fassung vom 22. Mai 1920 ausdrücklich festgestellt ist. Dies Wahlrecht hat sie ausgeübt, indem sie die eine Kasse in Anspruch nahm. Hiermit entfiel die Leistungspflicht der anderen Kasse. Dadurch, daß sie dennoch von dieser zweiten Kasse Leistungen forderte und empfing, ist sie auf deren Kosten ohne rechtlichen Grund bereichert und muß das Empfangene zurückgewähren (§ 812 BGB.). Die von dieser Kasse bei dem Versicherungsamte zu erhebende Klage (zu vgl. Heft 17 S. 330) erscheint uns daher aussichtsvoll. Dagegen dürfte eine Strafanzeige wegen Betrugs nach § 263 StrafGB. keinen Erfolg versprechen. Denn es wird nicht festgestellt werden können, daß die Wöchnerin die wahrheitswidrige Erklärung „in der Absicht, sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen", abgegeben hat. Wenn sogar Hoffmann einen doppelten Anspruch für gegeben ansah, wird man auch der Wöchnerin zugestehen müssen, daß sie einen solchen Anspruch nicht für rechtswidrig hielt. Sie wird sich deshalb mit Erfolg auf den Strafausschließungsgrund des § 59 Abs. 1 StrafGB. berufen können.

Anwendung des § 212 RVO. nach dem Wochenhilfegesetz in der Fassung vom 22. Mai 1920.

6. Nach Sondershausen. Antwort: a) Die Familienwochenhilfe wird nach § 205a Abs. 1 Ziff. 2 RVO. in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 Heft 18 S. 348 nur gewährt, wenn der Wöchnerin ein Anspruch aus § 195a, also ein Anspruch auf Wochenhilfe auf Grund eigener Versicherung nicht zusteht. Danach kommt ein Wahlrecht zwischen dem Anspruch aus eigener Versicherung und einem Anspruch aus Familienhilfe nicht mehr in Frage.

b) Ein Erstattungsanspruch der Kasse aus § 1542 RVO. gegen den Vater des unehelichen Kindes ist jetzt sowohl im Falle der Wochenhilfe aus § 195a, wie aus § 205a ausgeschlossen. Dies ergibt sich aus der Streichung des § 14 und aus § 25 des Gesetzes in der neuen Fassung.

c) Ihre Auffassung, daß der § 212 RVO. bei der Wochenhilfe überhaupt nicht mehr anwendbar sei, ist unrichtig. Sie folgt insbesondere nicht aus § 195a Abs. 3 und § 205a Abs. 3 RVO. Diese neuen Vorschriften besagen nur, daß bei einem Kassenwechsel der Wöchnerin und, sofern es sich um Familienwochenhilfe handelt, bei einem Kassenwechsel des Versicherten die erstverpflichtete Kasse „für die weitere Durchführung der Leistung zuständig" bleibt. Das heißt aber nur, daß sie die Leistung für Rechnung der anderen Kasse, welche sie eigentlich nach § 212 RVO. zu übernehmen hat, gewährt. Denn der Zweck der Neuerung ist, „diejenige Kasse, welche nach dem Geburtsfall zuerst einzutreten hatte, einheitlich mit der gesamten Abwicklung des Wochenhilfefalles zu betrauen". Sie hat dann nicht nur der Wöchnerin gegenüber die Wochenhilfe bis zum Ablauf der Bezugszeit zu leisten, sondern auch die erforderlichen Abrechnungen mit den sonst beteiligten Kassen gemäß § 197 und gegebenenfalls auch gemäß § 212 RVO. zu bewirken" (Begr. zu § 1 des Gesetzes vom 30. April 1920 S. 5). Bei der Niederkunft der Frau am 8. Dezember 1919 und bei dem Übertritt des Ehemannes zu einer anderen Kasse am 9. Februar 1920 galten aber die Vorschriften der §§ 195a Abs. 3 und 205a Abs. 3 noch nicht (zu vgl. § 27 Abs. 2 des Gesetzes in der Fassung vom 22. Mai 1920). Wie aber der Fall nach bisherigem Rechte zu beurteilen ist, darüber verweisen wir auf ArbVers. 1920 S. 159 Ziff. 5 und 298 Ziff. 7a.

Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. trotz Kündbarkeit der Stellung.

7. Nach Stettin. Antwort: Dadurch, daß die Stadtgemeinde dem auf Kündigung angestellten Beamten im Krankheitsfalle, wie es in Ihrer Anfrage heißt, „einen Anspruch auf die Mindestleistungen der Krankenkasse" gewährleistet, weicht sie allerdings in der Fassung von § 169 Abs. 1 RVO. ab, der als Voraussetzung der Versicherungsfreiheit fordert, daß ein Anspruch „in Höhe und Dauer der Regelleistungen" gewährleistet sei. Wäre im Beschlusse der Stadtgemeinde diese dem Gesetze genau entsprechende Fassung gewählt, so könnte die Versicherungsfreiheit auch durch Ausübung des Kündigungsrechts nicht hinfällig gemacht werden, weil dann in zweifelsfreier Weise der Anspruch auch über die Dauer des durch Kündigung beendeten Beamtenverhältnisses gesichert wäre. Wir sind aber geneigt, auch die oben angegebene, vom Wortlaute des Gesetzes abweichende Fassung nicht anders zu verstehen, also die Versicherungsfreiheit für gegeben anzusehen. Vielleicht entschließt sich die Stadtgemeinde, zur Behebung eines möglichen Zweifels diese unsere Auslegung ausdrücklich zu bestätigen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1288 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 1. August 1920 | Heft 22

Der Wert der Sachbezüge nach § 160 RVO.

Von Bürgermeister Friedr. Kleeis in Aschersleben.

Zum Entgelt im Sinne der sozialen Versicherung gehören neben Gehalt oder Lohn auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge, die der Versicherte, wenn auch nur gewohnheitsmäßig, statt des Gehalts oder Lohnes oder neben ihm von dem Arbeitgeber oder einem Dritten erhält. Der Wert der Sachbezüge wird nach Ortspreisen berechnet, die das Versicherungsamt festsetzt (§ 160 RVO.). Diese Festsetzungen haben im Laufe der Zeit auch vielfache anderweite Verwendung gefunden, wenn es galt, den Wert von Sachbezügen zu ermitteln. In Frage kommen hier besonders Entschädigungen von Arbeitgebern an solche Arbeitnehmer, die von ersteren auch Wohnung und Verpflegung zu beanspruchen haben und aus einem Grunde, den sie nicht zu vertreten haben, an der Verrichtung der Dienste verhindert sind.

Neuerdings hat nun die Einrichtung eine andere sehr bedeutungsvolle Anwendung erfahren. In § 9 des Reichseinkommensteuergesetzes heißt es, daß zum Einkommen aus Arbeit gehören: Gehälter, Besoldungen, Löhne usw. oder unter sonstiger Benennung gewährte Bezüge und geldwerte Vorteile der in öffentlichem oder privatem Dienste angestellten oder beschäftigten Personen (Arbeitslohn). Bekanntlich muß jeder Arbeitgeber bei der Lohnzahlung 10 v. H. des Arbeitslohns zu Lasten des Arbeitnehmers einbehalten. In den vorläufigen Bestimmungen über die Erhebung der Einkommensteuer durch Abzug vom Arbeitslohn heißt es in § 2: „Der Wert der Natural- und sonstigen Sachbezüge ist zur Bemessung des einzubehaltenden Betrages mit dem Betrage anzurechnen, der sich aus den Lohntarifvereinbarungen ergibt. Liegen solche Vereinbarungen nicht vor, so ist der Wert der Natural- und Sachbezüge nach den Ortspreisen anzurechnen, die das Versicherungsamt nach § 160 RVO. festgesetzt hat." Tarifliche Regelungen der gedachten Art bestehen in der Hauptsache nur für Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft auf Grund der vorläufigen Landarbeitsordnung vom 24. Januar 1919. Die Tarifsätze regeln im wesentlichen nur den Wert der freien Wohnung und anderer bei Landarbeitern üblicher Bezüge wie Kartoffeln usw. Für die große Menge der bei den Arbeitgebern in vollkommen „freier Station" stehenden Arbeitnehmer, wie häusliche Dienstboten, Stützen, Gutsverwalter, Handwerksgesellen auf dem Lande usw., bestehen solche tarifliche Festlegungen nicht. Zwar kommen auch in immer größerer Zahl Tarifverträge zwischen Dienstherrschaften und häuslichen Dienstboten zum Abschluß, doch enthalten sie nur äußerst selten Wertangaben über die Sachbezüge. Man wird also in großem Umfange darauf ange-

wiesen sein, die Festsetzungen des Wertes der Sachbezüge vom Versicherungsamt auf Grund des § 160 RVO. zu benutzen.

Es muß festgestellt werden, daß dieser erhöhten Bedeutung des § 160 RVO., insbesondere seines letzten Satzes, der von der Festsetzung durch das Versicherungsamt spricht, die ganze bisherige Handhabung der Einrichtung nicht entfernt entspricht. Das ist in der Hauptsache die Schuld der herrschenden unzutreffenden Auslegung der Vorschrift. Besteht doch über ihre Durchführung keine genaue und einheitliche, insbesondere keine den neuen Verhältnissen entsprechende Anordnung, und die Rechtsprechung hat sich seither sehr wenig mit der Angelegenheit beschäftigt.

Die Hauptstreitfrage ist, ob die Festsetzungen nur von Fall zu Fall, also in besonderen Streitfällen auf Anrufen der zuständigen Behörde, oder allgemein im voraus für alle gleichartigen Fälle zu geschehen hat. Bis heute ist hierüber noch keine Einheitlichkeit erzielt worden. Die erwähnten Erlasse sprechen sich nicht darüber aus. Nach dem Bescheid 696 des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. 1898 S. 396) entspreche es den Absichten des Gesetzgebers am meisten, wenn für jede vorkommende Naturalleistung im voraus und ein für allemal der Geldwert bestimmt wäre, so daß alle von der Höhe des Lohnes abhängenden Punkte von Anfang an in einer für die Beteiligten klar erkennbaren Weise und gleichmäßig geregelt sein würden. Diese Auffassung ist auch ganz zutreffend; die Festsetzung „ein für allemal" sollte natürlich eine Veränderung nach den wechselnden Verhältnissen nicht ausschließen.

Das reine Gegenteil sagt dasselbe Amt aber in dem Bescheid 1991 (Amtl. Nachr. 1903 S. 357). Da die in Betracht kommenden Naturalbezüge sehr zahlreich und ihrem Gegenstande nach außerordentlich mannigfaltig seien, so sei in der Regel eine Festsetzung der Ortsdurchschnittspreise nur von Fall zu Fall nach Bedarf herbeizuführen, nicht aber die regelmäßige periodische Festsetzung der für die einschlägigen Zwecke möglicherweise in Betracht kommenden Ortsdurchschnittspreise von sämtlichen unteren Verwaltungsbehörden. Diese Auffassung (zu vgl. auch Bescheid des RVA. in ArbVers. 1916 S. 274) muß jedenfalls als nicht zweckmäßig bezeichnet werden. Sie entspricht bestimmt nicht den Erfordernissen der Praxis. Bei Berechnung des Tagesverdienstes einer gegen Krankheit versicherten Person zum Zwecke der Einreihung in die Lohnstufen der Krankenkasse muß man doch wissen, wie die Sachbezüge berechnet werden, muß man doch einen Anhalt haben. In jedem einzelnen Falle einen „Streit" zu veranlassen, damit das Versicherungsamt Gelegenheit erhält, im Wege einer Entscheidung den Wert jener Bezüge festzusetzen, ist doch etwas sehr umständlich. Viel einfacher ist es doch, die Sätze werden im voraus festgesetzt und zu jedermanns Kenntnis veröffentlicht. Dadurch wird Streit vermieden, was doch viel richtiger ist. Hierdurch wird nicht nur die Durchführung der Krankenversicherung erleichtert, sondern auch die der Unfallversicherung. Der Verband der Deutschen gewerblichen Berufsgenossenschaften hat wiederholt das Reichsversicherungsamt darum ersucht, eine Anordnung ergehen zu lassen, nach der die Versicherungsämter gehalten sind, eine regelmäßige, periodisch wiederkehrende allgemeine Festsetzung des Wertes der Sachbezüge, ähnlich wie die Bestimmung der Ortslöhne, vorzunehmen. Die Ersuchen waren stets eingehend begründet. Das Reichsversicherungsamt hat sie aber immer abgelehnt (zu vgl. den erwähnten Bescheid). Diese Weigerung läßt sich nicht aufrechterhalten.

Welche tatsächlichen Einrichtungen für die Festsetzung des Wertes von Sachbezügen getroffen sind, zeigt das Ergebnis einer Umfrage, das ich in der ArbVers. 1915 S. 795 dargestellt habe. In den allermeisten Land- und kleineren Stadtkreisen sind keine allgemeinen Festsetzungen getroffen worden. Aber auch in einer Reihe größerer Städte fehlten sie. Die Versicherungsämter dieser stehen unter Berufung auf die Bescheide des

Reichsversicherungsamts auf dem Standpunkt, daß eine generelle Festsetzung im voraus für alle Fälle nicht angemessen und nicht nötig sei. Die Großstädte haben dagegen, weil es schon gar nicht anders geht, solche allgemeinen Feststellungen getroffen. Sie bieten jedoch das denkbar bunteste Bild. In ihrer Anlage stimmen aber kaum zwei überein. Jede Feststellung hat einen anderen Aufbau. Es kommen z. B. alle möglichen Zeiteinheiten vor, auf die sich die festgesetzten Sätze beziehen, also Jahres-, Monats-, Wochen- und Tagesbeträge. Eine Anzahl Städte haben für „Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Angestellte", gleichviel ob männlich oder weiblich, nur einen einheitlichen Jahresbetrag festgesetzt. Andere Orte sind wieder allzusehr eingehend geworden; so hat z. B. Bochum für nicht weniger als 26 verschiedene Personengruppen Feststellungen getroffen, sodann bei jeder Gruppe für 15 verschiedene Bezüge, so daß etwa 380 einzelne Positionen herauskommen. Nicht minder abweichend voneinander sind die Festsetzungen in ihrer Höhe. Nicht selten sind in dem einen Ort die Sätze doppelt so hoch wie im anderen benachbarten.

In der Praxis sind noch eine Reihe anderer Zweifelsfragen entstanden, über die bis heute keine einheitliche Auffassung erzielt wurde. Der § 160 Abs. 2 RVO. spricht von Durchschnitts*preisen*. Die voraufgegangenen Versicherungsgesetze sprachen von Durchschnitts*werten*. Zweifellos ist es richtiger, von „Preisen" zu reden; wie sollen sie aber ermittelt werden? Eine Unklarheit besteht gegenwärtig darüber, ob die Festsetzung des Durchschnittspreises der Sachbezüge vom Vorsitzenden des Versicherungsamts allein oder unter Zuziehung von Beisitzern stattzufinden hat. Das Gesetz spricht nur vom Versicherungsamt. Nach der Technik des Gesetzes kann man hieraus schließen, daß nur der Vorsitzende des Amtes, *ohne* Hinzuziehung der Vertreter die Feststellung zu treffen hat. Mit Rücksicht auf die Bedeutung des Vorganges ist das aber ein Mangel des Gesetzes. Die Festsetzung sollte gerade unter Anhörung recht vieler Meinungen und Vertreter vor sich gehen.

Unterm 12. Januar 1918 erließen der preußische Minister für Handel und Gewerbe und der Minister für Landwirtschaft ein Rundschreiben (ArbVers. 1918 S. 106), in dem es heißt: Die Krankenkassen klagten wiederholt darüber, daß die Versicherungsämter ihre Anträge auf Erhöhung der Festsetzungen der Ortspreise ablehnen. Unter den obwaltenden Umständen erscheine es aber angezeigt, daß die Versicherungsämter ihre früher getroffenen Festsetzungen einer Nachprüfung unterziehen. „Dies würde nur da nicht erforderlich sein, wo die Festsetzung der Ortspreise nicht allgemein, im voraus, sondern von Fall zu Fall nach Bedarf erfolgt, die gegenwärtige Teuerung also schon berücksichtigt wird. Zur Beseitigung der erörterten Mißstände ersuchen wir, die Versicherungsämter mit entsprechender Weisung zu versehen." Das hört sich fast so an, als wenn die Festsetzung von Fall zu Fall Vorteile biete, weil sie die jeweilige Teuerung berücksichtige. Wie stellt man sich die Praxis eigentlich vor? Es kann doch wahrhaftig nicht das Versicherungsamt in jedem einzelnen Fall, in dem Sachbezüge in ihrem Werte zu berechnen sind, das Versicherungsamt die Festsetzung vornehmen! Der Versicherungsträger muß schon Richtlinien haben, an die er sich hält. Und diese allgemeinen Festsetzungen müssen eben von Zeit zu Zeit vom Versicherungsamt nachgeprüft werden.

Unterm 17. Mai 1920 (III B. 655) hat der Minister für Volkswohlfahrt folgenden Erlaß an die Oberversicherungsämter gerichtet: „Die von den Versicherungsämtern festgesetzten Ortspreise, nach denen der Wert der Sachbezüge festgesetzt wird (§ 160 Abs. 2 RVO.), stehen wegen der jetzigen großen Teuerung aller Lebensbedürfnisse vielfach in keinem Verhältnis zu den tatsächlichen Kosten der Sachbezüge. Zahlreiche Versicherungsämter sollen bisher eine Nachprüfung der vor mehreren Jahren festgesetzten Ortspreise nicht vorgenommen haben. Unter Hinweis auf den Erlaß der Herren Minister für Han-

del und Gewerbe und für Landwirtschaft usw. vom 12. Januar 1918 ersuche ich, die Versicherungsämter erneut auf die Beseitigung etwaiger Mißstände hinzuweisen.“ Das ist alles ganz gut und schön, viel besser und richtiger wäre aber eine Verordnung für das ganze Reich, die eingehende Anweisungen über das Verfahren gibt und sich vor allem klar auf den Standpunkt stellt, daß grundsätzlich allgemeine Festsetzungen im voraus zu treffen sind. Sie muß angeben, für welche Zeiteinheiten und für welche Personengruppen die Festsetzung getrennt stattzufinden hat, daß die Beisitzer des Versicherungsamtes bei der Festsetzung zu beteiligen sind usw. Jedenfalls muß eine größere Ordnung in die ganze Einrichtung hineinkommen. Die Versicherungsämter werden in Zukunft auch von Arbeitgebern (im Hinblick auf die Abzüge für die Reichseinkommensteuer) über die Höhe der Durchschnittssätze befragt werden, und da können sie in arge Bedrängnis geraten, wenn sie beim Mangel allgemeiner Festsetzungen in jedem einzelnen Falle Bescheid geben sollen!

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Geringfügiger Barbetrag bei Jugendlichen („Taschengeld“) als Entgelt?

Beschluß des Oberschiedsgerichts für AngestVers. vom 15. Januar 1920 (P. 130/19).

Nach § 1 Abs. 3 Versicherungsges. für Angest. ist Beschäftigung gegen Entgelt Voraussetzung für die Angestelltenversicherung. Die Beteiligten streiten darüber, ob Hugo L. im Hinblick auf die geringe Höhe seiner Barvergütung versicherungspflichtig ist. Der Umstand, daß der Betrag von 20 ℳ monatlich nicht ausreicht, die notwendigen Bedürfnisse für Unterkunft, Beköstigung und Kleidung u. dgl. trotz voller Ausnutzung der Arbeitskraft zu bestreiten, ist an sich nicht geeignet, dem Betrage den Charakter des Entgelts zu nehmen. Andernfalls würde man zu dem unannehmbaren Ergebnis gelangen, daß eine Arbeit schon deshalb von der Versicherung frei ist, weil sie gering gelohnt wird. Jedoch kann die Geringfügigkeit der Zahlung die Eigenschaft als Entgelt ausschließen (zu vgl. auch Nr. 7 der Anleitung betr. den Kreis der nach dem Versicherungsges. für Angest. versicherten Personen vom 20. Juni 1912, „Angestelltenversicherung“ 1913 S. 64). Oft werden Personen, die sich noch in der Ausbildung befinden, gewisse Barbeträge gewährt, die nicht zur Deckung notwendiger Lebensbedürfnisse dienen sollen, aber jungen Leuten erwünscht sind, um damit persönliche Wünsche zu befriedigen, z. B. um die Kosten eines Ausflugs zu bestreiten, ein Glas Bier oder Tabak zu kaufen. Solche Zahlungen werden mehr zur Anspornung und in Erwartung künftig wertvollerer Dienstleistungen unter eigener Verantwortlichkeit gewährt, als daß damit die geleisteten Arbeiten abgegolten werden sollen, wenn auch bei Bemessung der Barleistungen auf den Wert der Arbeitsleistung eine gewisse Rücksicht genommen wird. Solche Bezüge tragen dann nach den Anschauungen der Beteiligten den Charakter des Taschengeldes, neben dem die teilweise Eigenschaft als Vergütung für die geleistete Hilfe vollkommen in den Hintergrund tritt. Darauf, ob die Verhältnisse so liegen, wird meist die Höhe der gewährten Geldsumme im Verhältnis zu den am Beschäftigungsort gewährten Löhnen einen gewissen Anhalt geben.

Strafverfügungen auf Grund der RVO. gegen juristische Personen als solche sind unzulässig.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. Februar 1920 (2580 Amtl. Nachr. 1920 S. 324).

Daß die von der Landesversicherungsanstalt erlassene Strafverfügung nicht gegen die Person des jetzigen Bürgermeisters von M., sondern gegen die Gemeinde M. als solche gerichtet ist, hat die Landesversicherungsanstalt selbst bestätigt, dies unterliegt auch nach dem Inhalt der Strafverfügung keinem Zweifel. Der „Gemeinde M.“ wird nämlich in der Verfügung zur Last gelegt, daß sie die rechtzeitige Verwendung der Beitragsmarken versäumt habe. Aus diesem Grunde wird gegen die „Arbeitgeberin“ eine Strafe verhängt, und wenn es schließlich in der Anschrift heißt „an den Herrn Bürgermeister zu M.“, so beweist gerade die Fortlassung jeglicher Namensnennung, daß die Strafverfügung dem derzeitigen Bürgermeister nur in seiner Eigenschaft als gesetzlichem Vertreter der Gemeinde zugestellt werden sollte. Die Bestrafung einer Gemeinde als solche nach § 1488 RVO. ist aber nicht zulässig.

Zwar hat das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2168, Amtl. Nachr. 1916 S. 383, anerkannt, daß das in der Reichsversicherungsordnung geregelte Ordnungsstrafrecht in wesentlichen Punkten von dem allgemeinen Strafrecht abweiche, aber es hat in der Entsch. 2169, Amtl. Nachr. 1916 S. 385, unter Aufrechterhaltung seiner bisherigen Rechtsprechung an dem Grundsatz festgehalten, daß die Anwendung des § 1488 Vorsatz oder Fahrlässigkeit voraussetzt. Auch auf dem Gebiete des Ordnungsstrafrechts der Reichsversicherungsordnung gilt hiernach der für das allgemeine Strafrecht geltende Rechtssatz, daß die strafrechtliche Verantwortlichkeit ein schuldhaftes Handeln bedingt. Bildet aber ein solches Handeln, d. h. die Betätigung eines Willens in einer bestimmten Richtung die Grundlage für eine Bestrafung, so folgt schon daraus, daß die Deliktsfähigkeit nicht juristischen, sondern nur natürlichen Personen innewohnen kann, da nur diese einen solchen Willen zu äußern in der Lage sind (zu vgl. von Olshausen, Kommentar zum Strafgesetzbuch 10. Aufl. Bd. 1 S. 211 Anm. 6 und die dort angeführten Reichsgerichtsentscheidungen, ferner auch die Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 66 S. 35). Dementsprechend schreibt auch § 1493 RVO., dem auf dem Gebiete der Krankenversicherung § 536 und auf dem Gebiete der Unfallversicherung § 912 entspricht, vor, wer bei den daselbst genannten Gesellschaften und juristischen Personen sowie bei den geschäftsunfähigen Personen als verantwortlicher Arbeitgeber im strafrechtlichen Sinne anzusehen ist. In Anwendung dieser Grundsätze hat das Reichsversicherungsamt in der bereits erwähnten Entsch. 2169 weiter ausgesprochen, daß die Landesversicherungsanstalten, wenn ihnen Verfehlungen der in §§ 1493 Nr. 1 bezeichneten juristischen Personen nach § 1488 bekannt werden, Ermittlungen darüber anzustellen haben, wen von den Vorstandsmitgliedern der juristischen Personen bei der Unterlassung eine Schuld trifft. Entsprechend hat das Reichsversicherungsamt (Abteilung für Unfallversicherung) in einer Entscheidung des Beschlußsenats vom 14. Dezember 1919 (I 40/14 II B. S.) die Bestrafung einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung als solche für unzulässig erklärt und in einer anderen Entsch. vom 26. Juli 1915 (I 121 u. 142/14 II B. S.) einen gegen eine Stiftung im Sinne des § 80 BGB. gerichteten Strafbescheid aufgehoben.

Im Schrifttum wird vereinzelt (zu vgl. Heine in der ArbVers. 1918 S. 245, ferner Martius und Sybel in der Berufsgenossenschaft 1917 S. 135 und 157) im Gegensatze zu dieser Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts dafür eingetreten, auf dem Gebiete der Reichsversicherung die Bestrafung von juristischen Personen mit Ordnungsstrafen zuzulassen. Es sind weniger Gründe rechtlicher Art, als vor allem Zweckmäßigkeitserwägungen, die die einzelnen Verfasser zur Rechtfertigung ihrer Ansicht anführen. Diese Ansicht muß indessen auf Grund obiger Erwägungen als mit dem Willen des Gesetzgebers nicht vereinbar abgelehnt werden.

Hiernach steht fest, daß **Strafverfügungen gegen juristische Personen auf dem Gebiete des Ordnungsstrafrechts der Reichsversicherungsordnung grundsätzlich unzulässig** sind. Dabei läßt sich auch nicht, wie die Landesversicherungsanstalt will, zwischen juristischen Personen des Privatrechts und des öffentlichen Rechts unterscheiden. Denn eine unterschiedliche Behandlung beider Arten von juristischen Personen entbehrt der Begründung. Insonderheit trifft der in der Entsch. 2169 erörterte Grundsatz, daß die strafrechtliche Verantwortlichkeit im Sinne des § 1488 ein schuldhaftes Handeln (Vorsatz oder Fahrlässigkeit) voraussetzt und daß eine juristische Person den Willen zu einem solchen Handeln nicht zu äußern vermag, auch auf die juristischen Personen des öffentlichen Rechts zu. Hierbei kann es dahingestellt bleiben, ob der Gesetzgeber, wenn er in § 1493 Nr. 4 von „anderen juristischen Personen" spricht, dabei zunächst nur die juristischen Personen des Privatrechts im Auge gehabt hat, wie es nach dem Wortlaut der Vorschrift allerdings den Anschein hat. Ebenso ist die Regelung der gesetzlichen Vertretung, welcher die Landesversicherungsanstalt entscheidende Bedeutung beilegt, für die Beurteilung der Frage nach der strafrechtlichen Verantwortlichkeit einer Körperschaft des öffentlichen Rechts ohne Belang.

B. Zur Krankenversicherung.

Zur Krankenversicherung der Mitglieder einer Gastrollen gebenden Schauspielertruppe.

Urteil des **Versicherungsamts Altona** v. 9. Februar 1920 (VII 19 708. 19).

Die Klägerin war vom 1. September 1918 bis 31. Dezember 1918 bei dem Theaterdirektor Paul H., der seinen ständigen Wohnsitz in Berlin hat, als Schauspielerin gegen eine Monatsgage von 200 *M* beschäftigt. H. besitzt kein eigenes Theater, sondern gibt mit seiner Theatertruppe in verschiedenen Städten Gastrollen. Klägerin wurde von H. während seiner Spielzeit im Edentheater in Hamburg engagiert. Nach Ablauf der Spielzeit begab sie sich mit der H.schen Truppe nach Stettin. Hier hatte H. mit dem Theaterdirektor Adolf B. — Inhaber der Zentralhallen — einen Spielvertrag abgeschlossen. Die Spielzeit begann dort am 1. Oktober 1918. Laut Vertrag wurde H. mit seiner Truppe als Burleske-Ensemble von der Direktion der Zentralhallen en-

gagiert. In dem Vertrage heißt es u. a., daß Kontrahent (H.) sich und die Mitglieder seiner Truppe den Bestimmungen der Haus- und Geschäftsordnung der Direktion unterwirft. Er sei daher verantwortlich, daß die Mitglieder seiner Truppe den Bestimmungen des Vertrages und der Haus- und Geschäftsordnung nachkommen und ist für Übertretung seitens der Truppenmitglieder in gleicher Weise verantwortlich wie für seine eigenen. Klägerin erhielt im Dezember 1918 von H. einen achttägigen Urlaub. Sie fuhr zu ihren Eltern nach Altona und erkrankte dort am 25. Dezember 1918 an Gelenkrheumatismus. Infolge dieses Umstandes konnte sie ihre Tätigkeit bei H. nicht wieder aufnehmen. Sie mußte ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, und zwar begab sie sich in Behandlung des Sanitätsrats Dr. H. Die Behandlung bei demselben währte vom 25. 12. 18 bis 25. 3. 19. Während dieser Zeit bescheinigte der Arzt auch die Erwerbsunfähigkeit. Da das Leiden noch nicht beseitigt war, begab sie sich noch einige Zeit in die Behandlung des Professors Dr. med. N. Auf ärztliche Anordnung wurde sie alsdann noch vom 4. Januar 1919 bis 21. Juni 1919 von einer Krankenschwester elektrisiert und massiert.

Klägerin war weder von ihrem Truppenchef H. noch von dem Besitzer der Zentralhallen in Stettin — Direktor B. — gegen Krankheit versichert worden. Da sie der Krankenversicherungspflicht während ihrer Tätigkeit im Zentralhallentheater in Stettin unterlag, beansprucht sie die ihr satzungsgemäß zustehenden Kassenleistungen von der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Stettin, oder, falls diese nicht zuständig sein sollte, von der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Berlin. Beide Kassen lehnen jedoch den Anspruch ab. Erstere sieht den Direktor H. als den Arbeitgeber der Klägerin an. H. gebe selbst an, daß er die Klägerin in Hamburg engagiert, sie im Dezember 1918 beurlaubt und ihr auch die Gage gezahlt habe, wohingegen die Direktion B. ohne jeden Einfluß auf die Höhe der Gage bzw. Weiterzahlung derselben während der Urlaubszeit, wie auch bei Engagement bzw. Entlassung der Klägerin gewesen sei. Es stehe somit zweifelsfrei fest, daß nur Direktor H. das Verfügungsrecht über die Klägerin hatte. Da H. seinen Betriebssitz in Berlin habe, beantrage sie daher gemäß § 154 RVO. zu entscheiden, daß die Verpflichtung des H. zur Anmeldung der Klägerin zur Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin anerkannt werde.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin äußerte sich dahin, daß H. nach seiner eigenen Angabe sich versicherungsrechtlich nicht für den Arbeitgeber der Klägerin halte, sondern die Direktion B. in Stettin, die melde- und zahlungspflichtige Arbeitgeberin sei. Der Vertrag sei zwischen den Zentralhallen in Stettin einerseits und „H. mit seinem Ensemble" anderseits abgeschlossen worden. Nach § 1 des Vertrages werde H. samt seiner Truppe engagiert. § 6 unterwerfe H. und die Mitglieder seiner Truppe den Bestimmungen der Haus- und Geschäftsordnung der Zentralhallen. Unter diesen Umständen seien die Mitglieder der Truppe, also auch die Klägerin, Gehilfen des Inhabers der Zentralhallen und von diesem bei der für seinen Betrieb zuständigen Krankenkasse zu versichern. Der von dem Versicherungsamt der Stadt Berlin als Zeuge vernommene H. hat u. a. angegeben, daß er keine feste Stelle habe, von welcher aus er sein Unternehmen leite. Es handle sich vielmehr um ein Ensemble, welches von Ort zu Ort ziehe und von Stelle zu Stelle Verträge mit den Unternehmern der einzelnen Theater abschließe. Er sei nicht als selbständiger Unternehmer im Sinne der Versicherung anzusehen, sondern nur als Unter-Unternehmer desjenigen Betriebes, in welchem er mit seiner Truppe auftrete. Der Betriebsinhaber sei stets derjenige, der die Versicherung zu erledigen habe. Er verweise noch ausdrücklich auf § 12 des mit der Klägerin geschlossenen Vertrages und § 1 der zu diesem gehörenden Haus- und Geschäftsordnung, aus welchem sich die Abhängigkeit von dem Theaterinhaber ergebe. Im übrigen wird auf den Akteninhalt und die zu den Akten gehörenden Beweisstücke Bezug genommen.

Nach Sachlage ist die Allgemeine Ortskrankenkasse in Stettin verpflichtet, der Klägerin die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren. Die Verhandlungen und Beweiserhebungen haben ergeben, daß nicht H., sondern Direktor B. — Besitzer der Zentralhallen — in Stettin als Arbeitgeber der Klägerin anzusehen ist und dieser somit die Verpflichtung hatte, die Anmeldung bei der Kasse zu bewirken. Auch im vorliegenden Falle verfolgt das Gesamtunternehmen des Zentralhallenbesitzers, Direktor B., den Zweck, das Publikum zu unterhalten. Zu dessen Einrichtungen gehörte unter anderem auch H. mit seiner Theatertruppe. Es stellte somit einen einheitlichen Betrieb des Lokalinhabers dar. Diesem allein kommt auch hier der größere oder geringere Nutzen zugute, der aus dem ganzen Betrieb wie aus seinen einzelnen, ineinandergreifenden Zweigen fließt. Anderseits gereicht ihm ein wenig guter Besuch seines Unternehmens zum unmittelbaren Nachteil. Die durch das Engagement der H.schen Truppe entstehenden Kosten sind von dem besseren oder schlechteren Besuche der Vorstellungen unabhängig. Der Truppenleiter erhält auf jeden Fall die vereinbarte Vergütung und ist nur mit seinen Mitgliedern an die Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen gebunden. Er ist somit selbst als eine bei dem Lokalinhaber beschäftigte Person anzusehen. Seine Stellung gleicht der eines Akkordanten, der versicherungsrechtlich nicht als Unternehmer, sondern als Angestellter zu gelten hat (zu vgl. Ziff. 13, 14, 16, 17, 21, 47 der Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. April 1912 über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen). H. würde den mit ihm wirkenden Mitgliedern dann als „Arbeitgeber" gegenüberstehen, wenn er selbst das Lokal mieten oder pachten und aus der Einnahme, die er von den Theaterbesuchern erzielt, den von ihm angenommenen Mitgliedern die Gage auszahlt, und wenn er auch das gesamte anderweitige Bedienungspersonal einstellen und entlohnen würde.

Neuer Versicherungsfall bei fortdauernd Kranken?

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (Großen Senats) vom 18. März 1920 (2577 Amtl. Nachr. 1920 S. 319).

. . . . Die Ansprüche der Versicherten auf die aus Krankenpflege und Krankengeld bestehende Krankenhilfe regeln sich nach den §§ 182 ff. RVO. Nach § 182 wird Krankenpflege vom Beginne der Krankheit an und, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht, Krankengeld unbeschadet des § 191 Abs. 2 vom vierten Krankheitstag an, gegebenenfalls vom Tage des späteren Eintritts der Arbeitsunfähigkeit an gewährt. Die Leistungen sind nach § 183 auf eine gewisse Zeitdauer beschränkt, deren Erweiterung bis auf ein Jahr im Wege der Aufnahme einer entsprechenden Bestimmung in die Satzung nach § 187 zugelassen ist. Der Anspruch auf Krankenhilfe entsteht, unbeschadet der Wartezeit für das Krankengeld gemäß § 182 Nr. 2, mit dem Beginne der Krankheit. Damit tritt der Versicherungsfall (Unterstützungsfall) ein. Er dauert fort, solange die ihn auslösende Ursache, die Krankheit, besteht. Mit deren Beseitigung, nicht etwa schon mit dem Aufhören der zeitlich beschränkten Kassenleistungen, erreicht er sein Ende. Ein „neuer" Versicherungsfall kann daher erst dann in Frage kommen, wenn die den ersten Versicherungsfall begründende Krankheit weggefallen ist. Hierbei ist unter „Krankheit" im Sinne der Krankenversicherung, wie dies in der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 1. März 1915 unter Hinweis auf das in Betracht kommende Schrifttum und die Rechtsprechung zutreffend ausgeführt ist, nicht die ärztlich als Krankheit bezeichnete einzelne Erkrankung zu verstehen, sondern der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (H o f f m a n n, Kommentar § 165 Anm. 2; H a h n, Handb. der Krankenvers. § 182 Anm. 2). Aus dem Begriffe der Krankheit in diesem Sinne, bei der die einzelne Erkrankung nur als Krankheitsursache in Betracht kommt, folgt, daß sie solange fortdauert, als die Heilbehandlung erforderlich und eine etwaige Arbeitsunfähigkeit nicht beseitigt ist. Tritt vorher eine auf einer anderen Ursache beruhende Erkrankung hinzu, so kann das lediglich den bereits als Krankheit bestehenden Zustand erschweren und möglicherweise verlängern, aber nicht unterbrechen. Dementsprechend ist von einer neuen Krankheit im Sinne der Krankenversicherung und damit auch von einem neuen Versicherungsfall, wie in der erwähnten Entscheidung des Reichsversicherungsamts ebenfalls mit Recht gesagt ist, erst dann die Rede, wenn vorher ein die Heilbehandlung erfordernder oder die Arbeitsunfähigkeit bedingender Zustand nicht mehr vorgelegen hat. Der neue Versicherungsfall kann, was auch die Vorschrift des § 188 RVO. bestätigt, auf der gleichen, noch nicht behobenen oder auf einer anderen Krankheitsursache beruhen. In beiden Fällen ist aber erforderlich, daß zwischen dem „alten" und dem „neuen" Versicherungsfall eine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung eine Zeitlang nicht bestanden, das heißt keine Heilbehandlung erfordert und keine Arbeitsunfähigkeit herbeigeführt hat (H a h n, Handb. der Krankenvers. § 188 Anm. 2). Solange dagegen Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit andauert, ist für die Möglichkeit des Eintritts eines neuen Versicherungsfalls kein Raum. Infolgedessen muß hierbei die Frage, ob die verschiedenen Leiden in ursächlichem Zusammenhange zueinander stehen oder nicht, außer Betracht bleiben. Selbst wenn der Zusammenhang nicht besteht, kann das Hinzutreten eines neuen Leidens bei Fortdauer der bereits bestehenden „Krankheit" einen neuen Versicherungsfall nicht begründen. Dieser Rechtsstandpunkt entspricht auch den Zwecken, denen die Krankenkassen dienen. Letztere sollen ihren Mitgliedern im Falle einer Krankheit Hilfe zwecks Heilung und Beseitigung der durch die Arbeitsunfähigkeit eintretenden Folgen gewähren. Versagt diese Hilfe im einzelnen Falle infolge ihrer zeitlichen Beschränkung, so kann das zwar den Versicherten empfindlich treffen. Dies ist aber eine unvermeidliche Folge davon, daß die Krankenversicherung nach Wesen und Einrichtung nur zu Gewährung von vorübergehenden, nicht aber von Dauerleistungen bestimmt ist. Ihre Aufgabe erfüllt sich damit, daß der Versicherte in dem einzelnen Versicherungsfalle die Kassenleistungen für die gesetzlich und satzungsmäßig begrenzte Unterstützungszeit erhält. Ob und inwieweit hier neben den bereits bestehenden sonstigen Fürsorgeeinrichtungen, wie Unfall-, Invaliden- und Altersversicherung, ein Ausbau der Krankenversicherung erwünscht wäre, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls können den Krankenkassen keine weiteren Verpflichtungen auferlegt werden, als sie sich aus dem Gesetz und den darauf beruhenden Satzungsbestimmungen ergeben. Hierzu ist insbesondere zu rechnen, daß sie für den einzelnen Versicherungsfall nur einmal, und zwar zeitlich beschränkt, in Anspruch genommen werden dürfen und weitere Krankenhilfe ablehnen müssen, solange der alte Versicherungsfall nach Erschöpfung der Leistungen fortbesteht. Ein Abgehen von diesen Grundsätzen würde dazu führen, daß bei wiederholtem Hinzutreten neuer Leiden zu einer fortbestehenden Krankheit im Sinne der Krankenversicherung die Leistungen der Krankenkassen entgegen ihrer Aufgabe tatsächlich zu zeitlich unbeschränkten und dauernden würden.

Hieraus ergibt sich zunächst für die Pflichtversicherung, daß ein Versicherter, dem infolge Krankheit Kassenleistungen zustehen, und bei dem gegen Ende der Unterstützungszeit ein weiteres Leiden hinzutritt, bei Fortdauer der auf dem alten

Leiden beruhenden Krankheit die Kassenleistungen, abgesehen von dem Sonderfall in § 183 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz RVO., nur für die vom Beginne dieser Krankheit ab festzustellende Unterstützungsdauer beanspruchen kann. Das Fortbestehen der Behandlungsbedürftigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit schließt mangels der Möglichkeit des Eintretens eines neuen Versicherungsfalls jeden weiteren Anspruch auf Krankenpflege oder Krankengeld aus.

Die gleichen Grundsätze müssen für den Fall der freiwilligen Weiterversicherung im Sinne des § 313 RVO. gelten. Sie stellt sich dar als Fortsetzung der Pflichtversicherung und gibt einem Versicherten, der aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, die Möglichkeit, Mitglied der Kasse zu bleiben. Die Versicherung bleibt hierbei grundsätzlich mit ihren Rechten und Pflichten, abgesehen von der Befugnis des Übertritts in eine niedere Klasse oder Lohnstufe, so bestehen, wie sie bisher begründet war (Hahn, Handb. der Krankenvers. § 313 Anm. 3). Das Recht der Weiterversicherung ist an sich nach der gesetzlichen Vorschrift allen, die aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, zuzuerkennen, also auch Kranken und Arbeitsunfähigen. Die Kassen dürfen solche Personen, abweichend von den Fällen der §§ 176, 310 RVO., nicht zurückweisen. Daraus ist aber zu folgern, daß sich ihre Pflichten nur soweit erstrecken, als sie sich aus der Fortsetzung des Pflichtversicherungsverhältnisses ergeben.

Deshalb kann ein Weiterversicherter aus einem bei ihm bereits zur Zeit des Beginns der Weiterversicherung bestehenden Versicherungsfall keine anderen Ansprüche erheben, als sie ihm als Pflichtmitglied und bei Fortsetzung der Pflichtversicherung zustehen würden. Ist er wegen dieses Versicherungsfalls als Pflichtmitglied ausgesteuert, so muß er dies bei Fortdauer des Versicherungsfalls auch als freiwillig weiterversichertes Mitglied gegen sich gelten lassen. Es ist nicht zu verkennen, daß hiernach Versicherte, die infolge ihrer Arbeitsunfähigkeit aus der Pflichtversicherung ausscheiden und von dem Rechte der freiwilligen Weiterversicherung Gebrauch machen, in nicht seltenen Fällen von den Ansprüchen auf Krankenhilfe ausgeschlossen bleiben. Ihre Berechtigung, sich trotz Fortdauer der Krankheit weiter zu versichern, legt ihnen die Verpflichtung auf, selbst zu prüfen, ob die bei ihnen bestehende Krankheit, mag sie sich in Behandlungsbedürftigkeit oder in Arbeitsunfähigkeit äußern, eine Änderung dieses Zustandes und damit die Möglichkeit des Eintritts eines neuen Versicherungsfalls erwarten läßt. Besteht diese Möglichkeit nicht, so müssen sie sich entscheiden, ob sie sich mit den sonstigen Leistungen der Kasse, wie Sterbegeld und gegebenenfalls Familienhilfe, begnügen wollen oder es vorziehen, die Weiterversicherung aufzugeben. Wenn in der Zeitschrift „Die Arbeiter-Versorgung" 1919 S. 579 Ziff. 4 in einer Auskunft für den Anspruch eines ausgesteuerten, aber freiwillig weiterversicherten arbeitsunfähigen Kassenmitglieds auf Krankenpflege, trotz Anerkennung der rechtlichen Bedenken und trotz anderer Beurteilung des Krankengeldanspruchs aus sozialen Erwägungen eine abweichende Auffassung hergeleitet wird, so geht dies zu weit. Gegenüber den dargelegten gesetzlichen Vorschriften entbehrt jene Auffassung einer zureichenden Stütze.

Nach alledem muß es bei dem Grundsatz verbleiben, daß nach Aussteuerung eines Versicherten ein neuer Versicherungsfall unabhängig von dem ursächlichen Zusammenhange zwischen den einzelnen Erkrankungen nur eintreten kann, wenn inzwischen bei dem Versicherten ein Zustand bestanden hat, der keine Arbeitsunfähigkeit bedingte und keine Heilbehandlung erforderlich machte. Darüber, was in einem solchen Falle unter Arbeitsunfähigkeit zu verstehen ist, hat sich das Reichsversicherungsamt bereits in der erwähnten Revisionsentscheidung 2190 ausgesprochen. Mit Recht ist dort in Würdigung der Bedürfnisse vieler der aus der versicherungspflichtigen Tätigkeit ausgeschiedenen freiwillig Weiterversicherten gesagt, daß nur völlige Arbeitsunfähigkeit einen neuen Anspruch des Versicherten nicht entstehen läßt, und daß eine völlige Arbeitsunfähigkeit nicht vorliegt, wenn dem Versicherten noch ein Rest von Arbeitsfähigkeit verblieben ist, den er wirtschaftlich verwerten und mit dem er einen bei seinen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht völlig belanglosen Verdienst erzielen kann*). Was die Heilbehandlungsbedürftigkeit anbetrifft, so genügt zu deren Annahme nicht, daß bei dem Versicherten ein bestimmtes Leiden im medizinischen Sinne fortbesteht. Vielmehr setzt sie einen krankhaften Körper- oder Geisteszustand voraus, bei dem ohne die Fortdauer ärztlicher Behandlung oder arzneilicher Versorgung eine Besserung des Leidens ausgeschlossen oder dessen Verschlimmerung zu erwarten ist. Ob Arbeitsunfähigkeit und Heilbehandlungsbedürftigkeit in diesem Sinne vorliegen, ist nach den Umständen des einzelnen Falles zu beurteilen. Es ist anzunehmen, daß bei richtiger Anwendung dieser Begriffe auch solchen Personen, die infolge Krankheit aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden und sich freiwillig weiterversichern, die Kassenleistungen zukommen werden, auf die sie billigerweise Anspruch erheben können. . . .

Nachtrag zum Verzeichnis der vom Reichsversicherungsamt auf Grund des § 514 Abs. 1 RVO. zugelassenen Ersatzkassen.

Nr. 5. Die in dem Verzeichnis Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1914 S. 810

*) Zu vgl. ArbVers. 1916 S. 472 und 1918 S. 239 Ziff. 9.

unter Nr. 4 aufgeführte Hamburger allgemeine freie Kranken- und Sterbekasse (Ersatzkasse für die Mitglieder der Abteilung A) entspricht nicht mehr den Voraussetzungen ihrer Zulassung. Die ihr erteilte Bescheinigung als Ersatzkasse ist daher gemäß § 516 Abs. 1 RVO. vom 1. April 1920 ab widerrufen worden.

C. Zur Unfallversicherung.

Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts zur Verordnung vom 5. 5. 20 über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung (RGBl. S. 878ff.).

Vom 25. Mai 1920 (Amtl. Nachr. 1920 S. 305).

§ 1. — Der Versicherungsträger hat von Amts wegen den auf Grund der §§ 1, 5 der Verordnung Berechtigten eine schriftliche Entscheidung über die Gewährung der Rentenzulage zu erteilen, aus welcher der Beginn, die Höhe und die Berechnung der Zulage zu ersehen ist. Bezieht ein Berechtigter Renten von mehreren Versicherungsträgern, so hat jeder Versicherungsträger die von ihm zu gewährende Zulage in gleicher Weise festzusetzen. Ergeben die Listen und Register eines Versicherungsträgers oder ist diesem sonst bekannt, daß ein Verletzter auch von anderen Versicherungsträgern Renten bezieht, deren Vomhundertsätze allein oder zusammen mit der von ihm gewährten Rente mindestens die Zahl 50 ergeben, so hat er mit diesen zur Festsetzung der Rentenzulagen in Verbindung zu treten.

§ 2. — Für Ermittlungen, die der Versicherungsträger bei der Durchführung der Verordnung und dieser Ausführungsbestimmungen für erforderlich hält, gelten die §§ 1571 bis 1579, für Rechtshilfe § 115 Abs. 1, §§ 116, 117 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 3. — Die Zulage wird vorbehaltlich des Wegfalls beim Wegfall der gesetzlichen Voraussetzungen für die Zeit bis zum 31. Dezember 1921 gewährt und angewiesen. Eine Beschränkung auf einen früher endigenden Zeitraum ist nur dann zulässig, wenn die Voraussetzungen der §§ 1, 5 der Verordnung zur Zeit der Gewährung der Zulage nicht mehr vorliegen oder die Rente zu diesem Zeitpunkt ruht (§ 10 Satz 3 der Verordnung).

§ 4. — Ändert ein Versicherungsträger eine Rente, zu der er eine Zulage gewährt, so hat er im Falle der Beteiligung mehrerer Versicherungsträger an der Zulage diesen die Änderung mitzuteilen.

§ 5. — Der Versicherungsträger entscheidet schriftlich, wenn die Zulage fortfallen soll, weil die Rente ruht oder die Voraussetzungen für die Gewährung der Zulage nicht mehr gegeben sind. Entscheidungen über die Versagung und den Wegfall der Zulage sind zu begründen.

§ 6. — Ist eine Genossenschaft Versicherungsträger, so erfolgt die Entscheidung durch den Vorsitzenden des Genossenschaftsvorstandes oder den Vorsitzenden des Sektionsvorstandes, je nachdem die Hauptentschädigungsakten bei dem einen oder dem anderen Vorstand geführt werden.

§ 7. — Die Entscheidung muß den Vermerk enthalten, daß sie endgültig wird, wenn der Berechtigte nicht binnen einem Monat nach ihrer Zustellung den Einspruch bei dem Oberversicherungsamt einlegt. Das für den Einspruch zuständige Oberversicherungsamt ist zu bezeichnen.

§ 8. — Die Entscheidung ist dem Berechtigten zuzustellen. Die §§ 135, 136 der Reichsversicherungsordnung gelten entsprechend.

§ 9. — § 1302, § 1303 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung gelten entsprechend.

§ 10. — Für die Einlegung des Einspruchs gelten § 124 Abs. 1, § 125, § 127, § 128 Abs. 2 und die §§ 129 bis 134 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 11. — Für das Verfahren über den Einspruch gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt entsprechend, soweit nicht die §§ 1684 bis 1686 und §§ 1690 bis 1693 der Reichsversicherungsordnung etwas anderes vorschreiben.

§ 12. — Ist gleichzeitig mit dem Einspruch gegen die Entscheidung des Versicherungsträgers über den Wegfall oder die Änderung der Zulage beim Oberversicherungsamt auch Berufung gegen den Endbescheid, durch den die Rente selbst geändert ist, eingelegt, so hat das Oberversicherungsamt das Verfahren über den Einspruch bis zur rechtskräftigen Entscheidung über den Rentenanspruch auszusetzen.

§ 13. — Die Zahlungsanweisung erfolgt getrennt von derjenigen der Rente durch den Vorsitzenden des Organs, das für die Anweisung der Rente zuständig ist, nach anliegendem Muster U 12, dabei ist auf die Rentenzahlungsanweisung zu verweisen. Soll lediglich eine einmalige Zahlung erfolgen, so ist gleichfalls dieses Muster unter Ausfüllung der Spalte IIa zu verwenden*).

§ 14. — Über die Zulageanweisungen ist eine Liste zu führen, aus der die bis zum Jahresschlusse zu erwartende Sollzahlung zu ersehen ist.

§ 15. — Die Zulagen an Empfänger in Landbestellbezirken werden ohne Bestellgebühr durch Briefträger ausgezahlt, wenn der Empfänger seine Unfallrente auf diesem Wege ausgezahlt erhält.

Der Empfänger ist hierauf bei der Zustellung der Entscheidung über die Gewährung der Zulage hinzuweisen.

§ 16. — Die Quittungen der Empfänger sind nach anliegendem Muster U 14 auszufertigen. Zur Beglaubigung der Unterschrift genügt die Beidrückung des Dienstsiegels einer zur Führung eines solchen berechtigten Person. Versuchsweise wird angeordnet, daß bei allen Zulagequittungen über monatliche Zahlungen nach der ersten Quittung nur einmal alle Vierteljahr eine Beglaubigung der Unterschriften, eine Lebens- oder Witwenschaftsbescheinigung gefordert werden darf, und zwar für den letzten Monat jedes Vierteljahrs (zu vergleichen Runderlaß vom 20. Juni 1918 — I 3285, B 4, Amtl. Nachr. des RVA. 1918 S. 391).

Die Versicherungsträger haben die Quittungsvordrucke für die erste Zulagenerhebung, und wenn bei dieser neben einer laufenden Zulage eine Zahlung für zurückliegende Monate auf einmal erfolgt, auch für die nächste Zulageerhebung sowie für alle einmaligen Zahlungen dem Empfänger ausgefüllt, und zwar tunlichst zugleich mit der Entscheidung über die Gewährung der Zulage, zu übersenden, so daß die Vordrucke nur noch zu unter-

---

*) Vom Abdruck der Muster wird hier abgesehen.

schreiben und zu beglaubigen sind. Außerdem sind die Empfänger bei Übersendung der ausgefüllten Quittungsvordrucke über laufende Zahlungen durch Buntstempeldruck darauf hinzuweisen, daß die späteren Quittungen über laufende Zahlungen ebenso auszufertigen sind, und daß nur die entsprechende andere Zeitangabe einzutragen und nach der ersten nur die Quittung jedes dritten Monats im Vierteljahre zu beglaubigen ist.

§ 17. — Wird die Zulage an Stelle einer Zulage nach der Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung vom 27. November 1919 (RGBl. S. 1921) gewährt, so ist der Wegfall dieser Zulage der oberen Postbehörde durch eine besondere Wegfallanweisung gemäß § 16 der Ausführungsbestimmungen vom 24. Januar 1918 (Amtl. Nachr. des RVA. 1918 S. 154) oder auf dem freien Raum am Kopf der Anweisung zur Zahlung der Zulage, die an ihre Stelle tritt, zu vermerken. Der Vermerk hat entweder handschriftlich oder unter Verwendung eines Stempels zu erfolgen und ist durch Unterstreichen mit Rotstift hervorzuheben.

§ 18. — Fällt die Zulage weg, so hat der Versicherungsträger unter Beachtung des § 12 der Ausführungsbestimmungen über die Zahlung der Unfallentschädigung vom 2. November 1912 (Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 957) eine Wegfallanweisung nach anliegendem Muster U 13 an die obere Postbehörde zu senden.

§ 19. — Die Vordrucke zu den Anweisungen sind in der Größe eines 1/4-Aktenbogens hochgedruckt, die zu den Quittungen in der Größe eines 1/8-Aktenbogens breitgedruckt herzustellen.

§ 20. — Die §§ 2, 5a, 6, 8, 13 bis 20, 22 der Ausführungsbestimmungen über die Zahlung der Unfallentschädigung in der Fassung des Runderlasses vom 20. Juni 1918 — I 3285 (Amtl. Nachr. des RVA. 1918 S. 391) sind sinngemäß anzuwenden.

§ 21. — Über das Verfahren bei der Anrechnung von Kriegsanleihen auf die Postvorschüsse (§ 14 der Verordnung vom 5. Mai 1920) ergehen besondere Bestimmungen. Im Hinblick auf sie ist die nach § 14 dieser Bestimmungen zu führende Liste so einzurichten, daß das Soll auch für Teile des Jahres festgestellt werden kann.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Voraussetzung des Anspruchs auf Beitragserstattung nach § 62 Angest. Vers. Ges.

Urteile des Oberschiedsgerichts f. AngestVers. vom 29. Oktober 1919 (P. 130/19) und vom 16. Dezember 1919 (P. 179/19, P. 180/19, P. 183/19).

a.

Nach § 62 des VersGes. f. Angest. steht einer weiblichen Versicherten der Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für sie geleisteten Beiträge zu, wenn sie nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegeld infolge Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet. Das Gesetz verlangt hiernach die Verheiratung als Ursache des Abbruchs der Versicherung. Daß die Versicherung alsbald nach der Eheschließung abgebrochen werde, wird im Gesetz nicht gefordert. Auch ein besonderer Beweis des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Verheiratung und Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung wird in der Regel nicht verlangt. Vielfach spricht auch bei einem Ausscheiden, das längere Zeit nach der Eheschließung erfolgt, schon der äußere Sachverhalt ohne weiteres für den Zusammenhang (zu vgl. Hagen, Komment., Anm. 5 zu § 62 S. 88). Dieser ursächliche Zusammenhang ist im vorliegenden Falle gegeben. Die Klägerin ist allerdings nicht sofort nach ihrer Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden. Dies hängt aber damit zusammen, daß ihr Ehemann noch im Felde stand und es infolgedessen zur Begründung eines eigenen Haushalts nicht gekommen ist. Erst als der Ehemann aus dem Felde zurückkam, ergab sich die Notwendigkeit eines Ausscheidens aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung. Hiernach ist der ursächliche Zusammenhang zwischen diesem Ausscheiden und der Eheschließung ohne weiteres gegeben. Eine freiwillige Fortsetzung der Versicherung, wie in dem Falle der grunds. Entsch. des Oberschiedsger. vom 27. September 1919 in Sachen A. — P. 95/19 —, kommt hier nicht in Frage. An sich wäre also ein Anspruch aus § 62 gegeben.

Dieser Anspruch setzt aber, wie der Rentenausschuß und das Schiedsgericht mit Recht hervorheben, die Erhaltung der Anwartschaft aus § 49 des Gesetzes voraus. Ausdrücklich wird die Erhaltung der Anwartschaft allerdings nur in den §§ 21, 22 des Gesetzes als Voraussetzung des Anspruchs auf Ruhegeld oder Hinterbliebenenrente erwähnt. Es kann aber nicht bezweifelt werden, daß die Erhaltung der Anwartschaft auch für die übrigen im Gesetze den Versicherten zugebilligten Ansprüche notwendig ist. Es ist dies in den beiden grunds. Entsch. des Oberschiedsger. vom 12. März 1919 in Sachen B. — P. 14/19 — und vom 11. Juni 1919 in Sachen K. — P. 61/19 —, die erstere Entsch. abgedruckt in den AVN. 1919 S. 66 Nr. 340, für die Ansprüche aus § 398 des Gesetzes und aus der Bekanntm., betr. Erstattung von Beiträgen zur Angestelltenversicherung an berufsunfähige Kriegsteilnehmer, vom 26. Mai 1916 näher erörtert worden. Es ist hieran auch für die Ansprüche aus § 62 des Gesetzes festzuhalten. Maßgebend ist hierfür der Zeitpunkt des Ausscheidens aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung, da erst hierdurch die Voraussetzungen des Anspruchs in vollem Umfange verwirklicht werden.

Die Anwartschaft ist aber nicht aufrechterhalten worden, da für das Jahr 1918 anstatt der vorgeschriebenen acht Beitragsmonate deren nur sieben zurückgelegt worden sind.

Der Rentenausschuß hat ausgeführt, daß die Beitragsnachzahlung gemäß § 50 des Gesetzes nicht möglich sei, da mit dem Tage des Ausscheidens aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung der Versicherungsfall des § 62 eingetreten sei und nach Eintritt des Versicherungsfalls eine einseitige Vermehrung der Rechte des Versicherten durch Nachzahlung von freiwilligen Beiträgen wegen Wegfalls des Risikos unzulässig sei. Dem ist zuzustimmen. Dieser Grundsatz entspricht der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts und ist bei dem engen Zusammenhang der Angestelltenversicherung mit der sozialen Arbeiterversicherung auch für das Versicherungsgesetz für Angestellte anzunehmen.

b.

Es handelt sich lediglich um die Frage, ob Frau Sp. infolge Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden ist, ob also ihre Verheiratung dieses Ausscheiden verursacht hat. Dafür, wann ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Verheiratung und Ausscheiden anzunehmen ist, bietet das Gesetz keinen Anhalt. Daher ist von dem allgemeinen Sprachgebrauch und dem Begriff der Ursächlichkeit im Rechtssinne auszugehen. Zutreffend hebt das Reichsversicherungsamt in der Rekursentscheidung vom 24. Mai 1912 (AN. des RVA. 1912 S. 930 Nr. 2585) hervor, daß im Gegensatze zur philosophischen Lehre von der Ursächlichkeit das Leben unter Ursache nicht alle Bedingungen des Erfolges, einerlei mit welcher Schwere sie zu ihm beigetragen haben und in welchem Zusammenhange sie dazu stehen, versteht, sondern als Ursachen unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes nur die Bedingungen herausgreift, die wegen ihrer besonderen Verbindung zum Erfolge zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. In ähnlicher Weise hat das Reichsgericht wiederholt ausgesprochen, daß die nur mittelbar eingetretene Folge nicht in einem so entfernten Zusammenhange mit dem als Ursache in Anspruch genommenen Ereignisse stehen darf, daß dieser Zusammenhang nach der Auffassung des Lebens vernünftigerweise nicht mehr in Betracht gezogen werden kann (Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 78 S. 272, Seufferts Archiv Bd. 63 Nr. 150, Bd. 64 Nr. 7, Jur. Wochenschr. 1910 S. 650 Nr. 6, 1912 S. 459 Nr. 5; vgl. auch Kommentar von Reichsgerichtsräten 2. Aufl. Vorbem. 3 vor § 249 BGB. und Planck, 3. Aufl. Anm. 2b zu § 249). Hiernach wird man auch nach § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte die Verheiratung nicht schon dann als Ursache des Ausscheidens einer Versicherten aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ansehen können, wenn sie irgendwie zu dem Ausscheiden beigetragen hat, sondern sie muß dazu wesentlich mitgewirkt haben, so daß sie auch nach der Auffassung des Lebens vernünftigerweise als Ursache betrachtet wird. Stellt sich insbesondere das Ausscheiden nur als mittelbare Folge der Verheiratung dar, so darf es mit ihr nicht bloß in einem so entfernten Zusammenhange stehen, daß dieser nach der Auffassung des Lebens vernünftigerweise nicht mehr in Betracht gezogen werden kann.

Geht man im vorliegenden Falle hiervon aus, so muß man zur Bejahung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Verheiratung und Ausscheiden gelangen. Denn wenn Frau Sp. auch erst etwa ein Jahr nach ihrer Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden ist, so hat die Verheiratung doch zu dem Ausscheiden wesentlich mitgewirkt. Da es gerichtsbekannt ist, daß im Juli 1918 großer Mangel an Angestellten herrschte, erscheint die Angabe der Frau Sp. glaubwürdig, daß sie nach ihrer Verheiratung zunächst ihre Tätigkeit lediglich deshalb fortgesetzt habe, weil ihr damaliger Chef keinen vollwertigen Ersatz habe finden können. Aus dieser Fortsetzung ihrer Tätigkeit kann also keinesfalls geschlossen werden, daß sie von vornherein beabsichtigt habe, ihre versicherungspflichtige Beschäftigung trotz ihrer Verheiratung dauernd fortzusetzen. Sie hat vielmehr zunächst ihr Ausscheiden lediglich etwas hinausgeschoben. Als sie aber schwanger wurde, sah sie sich zu einem weiteren Hinausschieben außerstande und schied nunmehr aus ihrer Tätigkeit aus. Mag hiernach auch ihre Schwangerschaft die unmittelbare Ursache ihres Ausscheidens gewesen sein, so stellt sich das Ausscheiden doch zum mindesten als mittelbare Folge der Verheiratung dar, und beide stehen in einem so engen Zusammenhange, daß die Verheiratung auch nach der Auffassung des Lebens als Ursache des Ausscheidens gelten muß.

Wie zu entscheiden wäre, wenn die Angestellte erst nach langen Jahren einer kinderlosen Ehe infolge Schwangerschaft ihre Berufstätigkeit aufgegeben hätte, kann dahingestellt bleiben und wird ganz von der besonderen Lage des Einzelfalls abhängen. Jedenfalls kann nicht anerkannt werden, daß die Anwendung der vorstehenden Grundsätze hierbei zu einem unbefriedigenden Ergebnis führen müßte. Endlich steht die vorliegende Stellungnahme auch mit der grundsätzlichen Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 16. April 1919 — P. 31/19 — („AngestVers." 1919 S. 71 Nr. 344) nicht im Widerspruch. Denn dort ist nur für einen Fall, in dem die Ehe vor Eintritt in das Versicherungsverhältnis geschlossen war, der Erstattungsanspruch aus § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte verneint worden, weil unter den Worten des § 62 „infolge Verheiratung" der Akt der Eheschließung und nicht die durch die Eheschließung hervorgerufenen häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnisse gemeint seien, ohne daß zu der Frage, wann ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Verheiratung (Eingehung der Ehe) und dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung anzunehmen ist, näher Stellung genommen ist.

c.

Der Anspruch aus § 62 des Gesetzes setzt den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Verheiratung der weiblichen Versicherten und dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung voraus. Abbruch der versicherungspflichtigen Beschäftigung alsbald mit der Eheschließung wird im Gesetze nicht gefordert. Der ursächliche Zusammenhang kann auch dann gegeben sein, wenn zwischen der Verheiratung und dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ein längerer Zeitraum verstrichen ist. Eine derartige Annahme ist insbesondere gerechtfertigt mit Rücksicht auf die ungewöhnlichen Verhältnisse, die durch den Krieg herbeigeführt worden sind. Wie das Schiedsgericht in seinem Gutachten mit Recht ausführt, ist eine wohlwollende Prüfung der Frage nach dem Vorliegen des ursächlichen Zusammenhanges geboten. Wenn auch unter gewöhnlichen Verhältnissen das längere Verbleiben in der versicherungspflichtigen Beschäftigung trotz der Heirat darauf schließen läßt, daß das Ausscheiden nicht auf die Verheiratung als solche, sondern auf anderweitige Umstände zurückzuführen ist, so ist die entgegengesetzte Annahme gerechtfertigt, wenn das Zusammenleben der Eheleute durch ungewöhnliche Hindernisse, insbesondere durch die Teilnahme des Ehemannes am Kriege oder die drohende Möglichkeit seiner Einberufung zu den Fahnen, hinausgeschoben worden ist und erst nach Behebung dieser Hindernisse verwirklicht wird.

Nach der Gestaltung der wirtschaftlichen Verhältnisse, die durch den Krieg herbeigeführt worden ist, ist der unmittelbaren Verhinderung der Begründung eines ehelichen Haushaltes durch die Teilnahme des Ehemannes am Kriege der Fall gleichzustellen, daß es den Eheleuten unmöglich geworden ist, eine angemessene Ehewohnung zu finden. Auch hierdurch wird der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und der Verheiratung nicht abgeschnitten, sondern lediglich die naturgemäße Folge der Verheiratung eine Zeitlang hinausgeschoben. So liegt die Sache hier. Nach den glaubwürdigen Erklärungen der Beteiligten hat sich die Begründung eines ehelichen Haushaltes lediglich deshalb nicht ermöglichen lassen, weil es dem Ehemann nicht gelungen ist, eine Wohnung zu finden. Der Ehemann wurde zeitweilig außerhalb seines eigentlichen amtlichen Wohnsitzes beschäftigt. Auch hier konnte er eine Wohnung nicht ermitteln. Er mußte auch mit seiner alsbaldigen Zurückversetzung rechnen. So ist es zu erklären, daß die Begründung des ehelichen Haushaltes und des Zusammenlebens der Eheleute eine erhebliche Zeit hinausgeschoben worden ist.

Danach liegen ungewöhnliche Verhältnisse vor, die einerseits durch die Einberufung des Ehemannes zu den Fahnen, anderseits durch die Unmöglichkeit bedingt waren, nach seiner Rückkehr eine Wohnung zu finden. Alsbald nach der Behebung dieser Hindernisse hat die Klägerin ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben.

d.

Dem Gutachten des Schiedsgerichts ist darin beizustimmen, daß auch bei zeitlichem Auseinanderfallen der Heirat und des Ausscheidens aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung der ursächliche Zusammenhang anerkannt werden kann, wenn das unter gewöhnlichen Verhältnissen mit der Eheschließung beginnende Zusammenleben der Eheleute durch ungewöhnliche Hindernisse (Teilnahme des Ehemannes am Kriege oder drohende Möglichkeit seiner Einziehung, Unmöglichkeit, nach dem Kriege eine Stellung oder Wohnung zu finden usw.) hinausgeschoben worden ist und erst nach Behebung dieser Hindernisse verwirklicht werden kann. Die Notwendigkeit einer wohlwollenden Prüfung dieses Punktes ergibt sich insbesondere aus dem wirtschaftlichen Zweck und der Entstehungsgeschichte des § 62 des Gesetzes.

Im allgemeinen beruht das Gesetz auf dem stillschweigend vorausgesetzten Grundsatz, daß regelmäßig eine Rückerstattung gezahlter Beiträge nicht stattfindet, daß vielmehr aus den Beiträgen lediglich der Anspruch auf die gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsleistungen erwächst und daß, wenn mit dem Aufhören des versicherungspflichtigen Verhältnisses und der Einstellung der freiwilligen Fortzahlung der Beiträge oder der Anerkennungsgebühr das Versicherungsverhältnis endet, die bisher gezahlten Beiträge zum Vorteil der Gesamtheit verfallen. Den Härten und Mißlichkeiten, die sich daraus ergeben, beugt der Gesetzgeber unter anderem durch Ausnahmevorschriften zugunsten der weiblichen Versicherten vor. Es wird erwogen, daß nach den Erfahrungen auf dem Gebiete des Privatversicherungswesens mit einem bedeutenden Verfall der Versicherungen zu rechnen sein werde, und daß namentlich weibliche Personen vielfach ein Interesse an der Aufrechterhaltung ihrer Versicherung verneinen würden, da für ihre Beiträge im wesentlichen nur die Ruhegeldsätze in Frage kämen. Dies Ergebnis erscheint um so bedenklicher, als, wie die Begründung hervorhebt, alle diese Personen jahrelang hindurch gezwungen worden sind, hohe Beiträge zur Angestelltenversicherung zu entrichten, obwohl für sehr viele schon beim Eintritt in die Berufstätigkeit die spätere Gründung oder Übernahme eines eigenen Geschäfts feststand. Der Mangel einer Beitragserstattung würde also für sie eine erhebliche wirtschaftliche Schädigung bedeuten und dazu beitragen, das Selbständigwerden zu erschweren (zu vgl. Begr. zu § 62 in Anm. 3 zu § 62 VersGes. f. Angest. bei Hagen, Kommentar S. 87).

Wenn es daher auch richtig ist, daß § 62 als Ausnahmevorschrift einer ausdehnenden Auslegung nicht fähig ist, so ist dies doch nur insoweit gerechtfertigt, als dadurch der wirtschaftliche Zweck des Gesetzes nicht

vereitelt wird. Dieser wirtschaftliche Zweck aber erfordert eine weitgehende Berücksichtigung der Verhältnisse, die für weibliche Versicherte infolge ihrer Eheschließung entstehen; er würde nicht erreicht werden, wenn man auch einen unmittelbaren und nahen zeitlichen Zusammenhang zwischen der Verheiratung und der Aufgabe der versicherungspflichtigen Beschäftigung erfordern wollte.

Man wird auch den Absichten des Gesetzes nicht gerecht werden, wenn man einen zu strengen Beweis für den ursächlichen Zusammenhang für nötig erachtet. Auch dann, wenn eine Versicherte trotz der Verheiratung zunächst in der versicherungspflichtigen Beschäftigung bleibt, kann ein ursächlicher Zusammenhang gegeben sein. Abbruch der versicherungspflichtigen Beschäftigung alsbald nach der Eheschließung wird im Gesetz nicht gefordert. Für den Beweis wird in erster Reihe das zeitliche Zusammentreffen in Betracht kommen; auch beim Ausscheiden längere Zeit nach der Eheschließung kann aber der ursächliche Zusammenhang sehr wohl gegeben sein.

Namentlich trifft dies zu mit Rücksicht auf die ungewöhnlichen Verhältnisse des Krieges. Es ist richtig, daß im vorliegenden Falle zwischen der Eheschließung und dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung nahezu fünf Jahre liegen. Dies erklärt sich aber daraus, daß der Ehemann zum Kriege eingezogen war und bis zum Dezember 1918 durch seine Teilnahme am Kriege an der Begründung einer wirtschaftlichen Existenz verhindert war, die ein eheliches Zusammenleben ermöglichte. Auch später waren die Verhältnisse derart, daß an ein Zusammenleben der Eheleute nicht gedacht werden konnte. Der Ehemann der Klägerin ist danach bis zum 1. August 1919 in einer militärischen Stellung in B. geblieben. Erst im Laufe des Jahres 1919 hat sich dann für die Eheleute die Möglichkeit eines Zusammenlebens, der Begründung einer gemeinschaftlichen Wirtschaft ergeben, und die Klägerin ist demgemäß am 31. März 1919 aus ihrer Beschäftigung ausgeschieden. Die durchaus ungewöhnlichen Verhältnisse, die hierfür die Ursache gewesen sind, rechtfertigen es, eine weitere Anwendung des Begriffs des ursächlichen Zusammenhanges zuzulassen.

Hierdurch unterscheidet sich der vorliegende Fall von dem der grundsätzlichen Entscheidung vom 16. April 1919. In dieser letzteren hatte die Heirat bereits im Jahre 1910 stattgefunden, und es ergab sich ohne weiteres, daß die Angabe der Klägerin, sie habe bereits im Jahre 1914 ihre versicherungspflichtige Beschäftigung aufgeben wollen und sei hieran lediglich durch den Ausbruch des Krieges verhindert worden, eine Anwendung des § 62 des Gesetzes nicht rechtfertigen konnte; denn bis zum Jahre 1914 kam der Krieg als Ursache einer Verhinderung der Begründung einer Ehewohnung überhaupt nicht in Betracht.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Aus dem Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamts für 1919.

Der Bericht des Reichsversicherungsamts erschien auch diesmal wieder mit der in den letzten Jahren beobachteten Verzögerung. Das ist besonders deshalb zu bedauern, weil sozialpolitische Berichte und Statistiken eine Ablagerung am allerwenigsten vertragen können. Im übrigen hat der Bericht wieder seinen gewohnten Aufbau. Auf Grund seiner zentralen Stellung ist das Reichsversicherungsamt in der Lage, über eine Reihe von Vorgängen auf dem Gebiete der sozialen Versicherung zusammenfassende Mitteilungen zu geben. Das könnte in einigen Punkten sogar noch erschöpfender geschehen, als es der Fall ist.

In der Zusammensetzung des Amts ist eine Änderung eingetreten infolge der Errichtung des Reichs-Militärversorgungsgerichts, das dem Reichsversicherungsamt angegliedert ist. Es ist die Zahl der Beamten mit akademischer Vorbildung vermehrt worden. In den „Amtlichen Nachrichten“ wurden bislang insgesamt veröffentlicht 1837 Entscheidungen der Rekurssenate und 1196 sonstige Entscheidungen der Rekurssenate aus dem Gebiete der Unfallversicherung und 1859 Entscheidungen der Revisionssenate, 325 Entscheidungen der Beschlußsenate, 364 andere Entscheidungen und 280 Verwaltungsbescheide aus dem Gebiete der Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Wegen der Papierknappheit mußten die von den Mitgliedern des Amts herausgegebenen „Monatsblätter für Arbeiterversicherung“ eine Beschränkung erfahren.

Die planmäßige Ausbildung von Betriebshelfern im Zusammenwirken der Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz konnte infolge des Krieges und der Unsicherheit der außen- und innerpolitischen Lage sowie wegen der Verkehrsschwierigkeiten auch im Jahre 1919 noch nicht wieder aufgenommen werden. Die Freien Vereinigungen berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen haben auch im Berichtsjahr trotz großer Schwierigkeiten ihre Arbeiten erfolgreich fortgesetzt. Insbesondere wurde die Arbeitstherapie für die Unfallbeschädigten weiter gefördert. Vertreter des Reichsversicherungsamts nahmen an verschiedenen Tagungen der Berufsgenossenschaften, Krankenkassen usw. teil, ebenso an mannigfachen Versammlungen sozialpolitischer Art. Der Friedensvertrag des Jahres 1919 legte auch der deutschen Sozialversicherung die schwere Aufgabe auf, sich den veränderten Verhältnissen anzupassen. Die Zahl der unter die Versicherung fallenden Personen und Betriebe wird erheblich verringert, die Tätigkeit der deutschen Aufsichts- und Spruchbehörden sowie der deutschen Versicherungsträger hört in den abzutretenden Gebieten auf. In Elsaß-Lothringen und Teilen Posens ist das schon geschehen. Im Reichsarbeitsministerium haben mit den beteiligten Staaten schon Verhandlungen stattgefunden. Auch sind bei den beteiligten Versiche-

rungsträgern statistische und andere Arbeiten eingeleitet worden, um die im Friedensvertrage vorgesehenen Abtretungen und Auseinandersetzungen vorzubereiten. Im Reichsversicherungsamt ist für die Regelung der Rechtsverhältnisse in den abzutretenden Gebieten ein besonderer Ausschuß gebildet worden, von dem alle diese umfangreichen und mannigfachen Geschäfte bearbeitet werden. In Elsaß-Lothringen sind alle Versicherungseinrichtungen fortgeführt worden; soweit Versicherungsträger berührt wurden, die im Deutschen Reiche ihren Sitz haben (wie die Knappschafts-Ber. Gen. und viele andere), sind auf Anordnung der französischen Regierung Zwangsverwalter eingesetzt worden. Wie verlautet, sollen die Gewerbszweige der Elsaß-Lothringer Berufsgenossenschaften zu fünf neuen Genossenschaften zusammengefaßt werden, welche die Entschädigung der seit dem 1. Januar 1919 eingetretenen Unfälle übernommen haben. Auf Ersuchen der Reichsentschädigungskommission hat sich das Reichsversicherungsamt auch mit der Frage des Ersatzes der in Belgien und Frankreich entstandenen Kriegsschäden, für die das Deutsche Reich aufkommen muß, befaßt. Unter Zugrundelegung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die bei Betriebsunfällen zu gewährenden Entschädigungen ist eine ins einzelne gehende Aufstellung des etwa zu leistenden Ersatzes gefertigt worden.

Eine Anzahl Berufsgenossenschaften hat weiter auf Grund der Bundesratsverordnung vom 15. November 1917 die Grenze für die Versicherungspflicht der Betriebsbeamten erweitert, zum Teil bis zu 12 000 M. Bestimmt wurde, daß polnische Arbeiter, die bei Kriegsausbruch in Deutschland sich aufgehalten haben, infolge der ihnen auferlegten Freiheitsbeschränkungen als unfreie Arbeiter anzusehen und nicht versicherungspflichtig sind.

A. Unfallversicherung

1. Verwaltung. Die Verordnung vom 23. Dezember 1918 über Tarifverträge, Angestelltenausschüsse und Schlichtung von Arbeitsstreitigkeiten sowie die Verordnungen vom 24. Januar sowie 3. September 1919 über die Einstellung und Entlassung von Angestellten haben auch für die Rechtslage der berufsgenossenschaftlichen Angestellten erhebliche Änderungen gebracht. Am 8. September 1919 ist in Berlin der Arbeitgeberverband Deutscher Berufsgenossenschaften gegründet worden, dem sich zahlreiche Zentral- und Sektionsverwaltungen von Berufsgenossenschaften angeschlossen haben. Die Bemühungen des Reichsversicherungsamts um die Unterbringung der aus den abzutretenden Gebieten ausgewanderten oder vertriebenen berufsgenossenschaftlichen Angestellten sind bisher durchweg von Erfolg begleitet gewesen.

In der Organisation der Unfallversicherung hat sich nichts geändert. Die 68 gewerblichen Berufsgenossenschaften zählten im Jahre 1918 zusammen 770 376 Betriebe mit 7 660 028 versicherten Personen, die 49 land- und forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften zählten 5 080 059 Betriebe mit 15 965 000 versicherten Personen, die Reichs- und Staatsausführungsbehörden 1 379 089 versicherte Personen und die Provinzial- und gemeindlichen Ausführungsbehörden 86 019 versicherte Personen. Hiernach waren rund 25,1 Millionen Personen gegen Unfall versichert, wobei jedoch etwa 3,3 Millionen Personen doppelt erscheinen, die gleichzeitig in gewerblichen und landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt sind. Nach einer vorläufigen Ermittlung belief sich die Zahl aller im Jahre 1919 bei den Versicherungsträgern angemeldeten Unfälle auf 574 840, die der erstmalig entschädigten auf 104 502. Die im Jahre 1919 geleisteten Entschädigungen, Renten usw. betrugen 204 Millionen M. gegen 190 Millionen M. im Jahre 1918, 181 im Jahre 1917, 173 im Jahre 1915 usw. Im Jahre 1919 erhielten Entschädigungen (Renten) 713 323 Verletzte, 109 359 Witwen, 104 948 Kinder und Enkel usw. Zusammen flossen 955 571 Personen Bezüge auf Grund der Unfallversicherung zu. Teuerungszulagen zu den Verletztenrenten nach den reichsgesetzlichen Verordnungen wurden an rund 23 000 Personen mit rund 2 500 000 M. gezahlt. Das Reichsversicherungsamt hat auch im Jahre 1919 Entnahmen aus der Rücklage und Ermäßigungen der Rücklagezuschläge genehmigt, so daß die Umlage im ganzen um 1 177 000 M. erleichtert wurde.

Auf dem Gebiete der See- und landwirtschaftlichen Unfallversicherung sind die Vorschriften für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes geändert worden. Die nachgeprüften Gefahrtarife von fünf gewerblichen Berufsgenossenschaften und einer landwirtschaftlichen Genossenschaft wurden genehmigt. Bei einer großen Zahl anderer Genossenschaften wurde den Anträgen auf Beibehaltung des Tarifs entsprochen. Neue Unfallverhütungsvorschriften kamen im Berichtsjahr nicht zur Genehmigung. Die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für Mecklenburg-Schwerin, die einzige aller landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die bisher Unfallverhütungsvorschriften nicht erlassen hatte, hat inzwischen einen Entwurf solcher vorgelegt. Von 68 gewerblichen Berufsgenossenschaften haben 64 insgesamt 370 technische Aufsichtsbeamte angestellt. Mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts sind diese Beamten bei 279 Stellen zugleich als Rechnungsbeamte tätig. Die Zahl der technischen Aufsichtsbeamten bei den 12 Baugewerks-Berufsgenossenschaften beträgt 114, wovon 109 zugleich Rechnungsbeamte sind. Die Zahl der technischen Aufsichtsbeamten bei den 49 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften beträgt 76. Über die Beteiligung von Vertretern der Versicherten an der Durchführung der unfallverhütenden Maßnahmen der Berufsgenossenschaften und besonders der Betriebsüberwachung haben im Reichsversicherungsamt eingehende Beratungen mit Vertretern der Genossenschaften und der Gewerkschaften stattgefunden. Der Präsident des Amts hat die Frage in einer Schrift „Beteiligung von Arbeitern an der Betriebsüberwachung" behandelt. Der Verband Deutscher Berufsgenossenschaften hat sich zustimmend erklärt. Von den 64 gewerblichen Berufsgenossenschaften, bei denen technische Aufsichtsbeamte angestellt sind, haben für dieses Jahr gemäß § 883 Abs. 2 RVO. 61 Jahresberichte erstattet. Sie weisen zusammen 34 813 Prüfungstage nach; im einzelnen entfallen 24 662 Tage auf Betriebsbesichtigungen, 5893 auf Lohnbuchprüfungen und 4258 auf die Beaufsichtigung der Rentenempfänger.

Gegenüber dem Vorjahr ist eine wesentliche Steigerung der Arbeiterhilfsgesuche zu verzeichnen, und zwar um 244 auf 1550. In jedem Falle ist der Sachverhalt aufgeklärt und für eine sachgemäße Erledigung gesorgt worden. Über die berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit der Schiffahrtsbetriebe, die wesentliche Bestandteile anderer Hauptbetriebe sind, und über den örtlichen Verkehr hinausgreifen, sind klärende Entscheidungen getroffen worden (vgl. Amtl. Nachr. 1919 S. 154). Die Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften in den ersten dreizehn Wochen (§ 1513 RVO.) hat

einen starken Rückgang gefunden. Die „Arbeitstherapie" in der Unfallversicherung ist nicht so gefördert worden, wie es beabsichtigt war. Das Abkommen zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, betreffend Vergütung von Heilverfahren, hat eine Änderung erfahren durch Hinaufsetzung der Pauschalsätze.

2. Rechtsprechung. Im Jahre 1919 wurden von den gewerblichen Versicherungsträgern 251 915 und von den landwirtschaftlichen 119 653 Bescheide nach den §§ 1583 und 1606 RVO. erlassen, worunter sich 35 582 und 10 267 Endbescheide befanden. Die Zahlen der Endbescheide entsprechen denen der im Berichtsjahr erledigten Einsprüche auf Grund des § 1591 RVO. Die Vernehmung der Anspruchsberechtigten fand zum weitaus größten Teile vor den Versicherungsämtern statt. In 4755 Fällen (10,8 v. H.) verlief das Verfahren zugunsten der Antragsteller. Über die Zahl der Berufungen und die Tätigkeit der Oberversicherungsämter liegt eine Statistik nicht vor. Rekurse und Anträge beim Reichsversicherungsamt wurden 3484 (gegen 3955 im Jahre 1918) anhängig, 87,9 v. H. waren auf Grund der gewerblichen und 12,1 v. H. auf Grund der landwirtschaftlichen Unfallversicherung eingelegt. Von der Gesamtzahl der bearbeiteten Rekurse waren 2655 von den Versicherten und 745 von den Versicherungsträgern eingelegt. Eine nähere Aufklärung des Sachverhalts hat das Reichsversicherungsamt in 1241 Fällen für notwendig erachtet, in 367 Fällen bestand sie in der Einholung eines ärztlichen Gutachtens. Beweiserhebung wurde in 579 Fällen beschlossen. Es fanden statt 467 Sitzungen mit 4648 mündlichen Verhandlungen. Der Große Senat hielt zwei Sitzungen ab. Zu den mündlichen Verhandlungen war erschienen: der Verletzte persönlich in 474 Fällen, sein Vertreter in 981 Fällen, ein Vertreter der Versicherungsträger in 1444 Fällen. Durch Urteil wurden 81,9 v. H. der Rekurse erledigt, durch Verfügung des Vorsitzenden (§ 1713 RVO.) 9,8 v. H. Der Rest erledigte sich durch Zurücknahme, Vergleiche usw. Von den Rekursen wurden 22,3 v. H. durch das Urteil des Reichsversicherungsamts insofern zugunsten der Kläger erledigt, als die in Frage kommenden Oberversicherungsamtsurteile einer Änderung unterworfen wurden. Bei den Rekursen der Versicherten betrug die entsprechende Zahl 16,1; bei denen der Versicherungsträger 44,1. Am häufigsten, nämlich in 37,3 v. H. der Streitfälle, handelte es sich darum, welcher Grad der Erwerbsunfähigkeit des Verletzten anzunehmen ist, nächsthäufig war, ob ein „Betriebsunfall" vorliegt, sodann, ob eine Änderung in dem Zustande des Verletzten eingetreten ist. — Im Beschlußverfahren wurden 1819 Sachen in Unfallversicherungsangelegenheiten erledigt.

B. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

1. Verwaltung. Vom Beginn der Versicherung bis zum 31. Dezember 1919 wurden überhaupt 4 786 104 Renten festgesetzt. Im Jahre 1919 kamen mehr Renten zur Festsetzung als im Vorjahr, nämlich 141 941 Invalidenrenten, 67 254 Krankenrenten, 45 226 Altersrenten, 22 985 Witwen- und Witwerrenten, 1635 Witwenkrankenrenten, 83 542 Waisenrenten, 93 Zusatzrenten. Am Schlusse des Jahres 1919 liefen die folgenden Renten: 985 336 Invalidenrenten, 102 386 Krankenrenten, 242 015 Altersrenten, 84 397 Witwenrenten, 3634 Witwenkrankenrenten, 494 004 Waisenrenten, 258 Zusatzrenten. Die Leistungen aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung beliefen sich im Jahre 1918 auf 409 Millionen M. Insgesamt sind seit 1891 an Entschädigungen 4203 Millionen M. gezahlt worden. Der verhältnismäßig größte Teil der Aufwendungen entfällt auf die Invalidenrenten. Im Jahre 1918 waren es 173 Millionen M. Für Rentenzulagen wurden in diesem letzterwähnten Jahr 89 Millionen ausgegeben. Die Gesamtentschädigungssumme von 409 Millionen M. im Jahre 1918 verteilt sich mit 316 auf die Versicherungsträger und 93 auf das Reich in der Gestalt des Reichszuschusses.

Im Jahre 1919 wurden von den 31 Landesversicherungsanstalten 277 Millionen M. an Beiträgen eingenommen, gegen 238 im Jahre 1918. Im Jahre 1918 betrug die Gesamteinnahme aller Versicherungsträger 261 Millionen M. Es wurden 629 619 391 Wochenbeiträge umgesetzt; auf 1000 Wochenbeiträge entfielen 49 Beiträge der Klasse I, 142 der Klasse II, 168 der Klasse III, 106 der Klasse IV und 535 der Klasse V. Seit 1913 hat sich die Zahl der Beiträge in der höchsten Klasse rund verdoppelt. Das Reinvermögen der Versicherungsträger hat sich im Jahre 1918 nur um 892 492 M. vermehrt. Es betrug am Schlusse des Jahres 1918 rund 2451 Millionen M. Es ist angelegt mit 1812 Millionen in Wertpapieren, 1288 Millionen in Darlehn, 108 Millionen in Grundstücken, 9 Millionen in beweglichen Einrichtungen, 41 Millionen Kassenbestand. Die Schuldverpflichtungen betrugen 807 Millionen M. Dem „Gemeinvermögen" gehören 287 Millionen an. Die geschäftlichen Erleichterungen sind vermehrt worden. Außerhalb des Rechtsmittelzuges gingen 751 Gesuche ein, die aufklärend bearbeitet wurden.

Im Jahre 1918 wurde 114 207 Versicherten ein Heilverfahren zuteil mit einem Gesamtkostenaufwand von 28,8 Millionen M. Davon entfallen auf die ständige Heilbehandlung von 27 018 Lungen- und Kehlkopftuberkulosefällen 17 Millionen. Unter den nichtständig Behandelten befinden sich 60 861 wegen Zahnersatz. Durch Krankenkassen, Gemeinden usw. sind 6,7 Millionen den Versicherungsanstalten wiedererstattet worden. Seit 1897 sind 1 673 307 Versicherte mit einem Kostenaufwand von 390 Millionen in Heilbehandlung genommen worden. Für allgemeine Maßnahmen zur Verhütung vorzeitiger Invalidität wurden 3,2 Millionen, zur Bekämpfung der gesundheitlichen Kriegsschäden 12,1 Millionen aufgewendet usw. Für Kinderfürsorge sind 2½ Millionen aufgewendet worden. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten machte Fortschritte.

Der Gesamtbetrag der von den Versicherungsträgern bis zum 31. Dezember 1919 für „gemeinnützige Zwecke" aufgewendeten, d. h. ausgeliehenen Gelder beläuft sich auf 1489 Millionen M. Es wurde z. B. aufgewendet zum Bau von Arbeiterfamilienwohnungen 548, zum Bau von Ledigenheimen 26½, zur Befriedigung des landwirtschaftlichen Kreditbedürfnisses 134½, zum Bau von Kranken- und Genesungshäusern, Volksheilstätten usw. 146, für Erziehung und Unterricht, Hebung der Volksbildung 99, für eigene Anstalten (Lungenheilstätten usw.) 97 Millionen usw. Die Rechnungsstelle des Amtes hat eine Reihe statistischer Arbeiten auszuführen gehabt. Auch versicherungsmathematische Gutachten wurden abgegeben.

2. Rechtsprechung. Von den Versicherungsanstalten und Sonderanstalten sind im Berichtsjahr 441 935 berufungsfähige Bescheide in

Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherungssachen erteilt worden. Von diesen betreffen 55 v. H. Invaliden-, 11 v. H. Altersrentensachen und 34 v. H. Hinterbliebenenversicherungssachen. Von den Festsetzungsbescheiden in Invalidenrentensachen ergingen 138 319, das sind 68 v. H. für dauernde und 65 657, das sind 32 v. H., für vorübergehende Invalidität. Außerdem wurden im Berichtsjahr 36 323 Anwartschaftsbescheide erteilt. Über die Zahl der eingelegten Berufungen und die Tätigkeit der Oberversicherungsämter enthält der Bericht des Amts keine Mitteilungen. Die Zahl der in Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenrentensachen eingegangenen Revisionen betrug 1432 gegen 2050 im Jahre 1918. Unter den Revisionen befanden sich 3,56 v. H. wegen Altersrenten und 13,69 v. H. wegen Hinterbliebenenrenten. In 105 Sitzungen wurde über 1238 Revisionen verhandelt. Im ganzen wurden 1316 Revisionen erledigt. In der Hauptsache (546 Fällen) drehte sich der Streit um die Frage, ob Invalidität vorliegt.

C. Krankenversicherung.

1. Verwaltung. Vertreter des Reichsversicherungsamts nahmen an einer Reihe von Tagungen von Krankenkassenverbänden teil. Die Verwaltungstätigkeit des Amts nimmt auf dem Gebiete der Krankenversicherung keinen so breiten Raum ein wie auf dem anderer Versicherungszweige. Über eine Reihe die Krankenversicherung betreffende Gesetzentwürfe waren Gutachten abzugeben.

2. Rechtsprechung. Der Beschlußsenat hielt 7 Sitzungen ab, in denen 37 Sachen entschieden wurden. In 3 weiteren Fällen wurde durch Verfügung des Vorsitzenden die Beschwerde als unzulässig verworfen. Weitere 23 Sachen erledigten sich durch Zurücknahme usw. Im Spruchverfahren gingen 172 Revisionen ein gegen 184 im Jahre 1918. Das Rechtsmittel wurde eingelegt in 114 Fällen von Versicherten, in 55 Fällen von Krankenkassen. Durch Urteil wurden 144 erledigt. In Erstattungssachen waren 47 Sachen zu erledigen. — Alles in allem ist der Bericht wieder sehr lehrreich.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Ausgleichungspflicht der Krankenkasse wegen Wochenhilfe bei Kassenwechsel.

1. **Nach Fürth.** Antwort: Der Wortlaut des § 195a Abs. 3 und § 205a Abs. 3 Ges. v. 26. September 1919 in der Fassung v. 22. Mai 1920 (Arb.-Vers. 1920 S. 348 ff.) ist vielleicht nicht hinreichend klar. Die Vorschrift soll aber offenbar an den endgültigen Verpflichtungen der beteiligten Kassen nichts ändern. Die §§ 197, 212 RVO. bleiben an sich unberührt; nur ihre Durchführung ist der erstverpflichteten Kasse allein übertragen (zu vgl. ArbVers. Heft 21 S. 420 Ziff. 6). Allerdings hätte das Gesetz das Verfahren für die Ausgleichung der Kassen untereinander kurz regeln sollen. Am zweckmäßigsten dürfte sich der Ausgleich wohl folgendermaßen vollziehen: Die erstverpflichtete Kasse läßt sich die Leistungen, die in die Zeit nach dem Kassenwechsel fallen, von der neuen Kasse erstatten; von den übrigen Leistungen, also denjenigen bis zum Kassenwechsel, läßt sie sich die bezüglichen Anteile von den Kassen erstatten, die hierzu nach § 197 RVO. verpflichtet sind. Ebenso hat einen Erstattungsanspruch aus § 197 RVO. die neue Kasse, die ja ihrerseits bereits der erstverpflichteten Kasse Ersatz geleistet hat. Bei diesem Verfahren kann es freilich geschehen, daß die nach dem Kassenwechsel verpflichtete Kasse den gleichen Betrag, den sie der erstverpflichteten Kasse erstattet hat, von den nach § 197 RVO. verpflichteten erstattet erhält. Der Betrag braucht aber nicht derselbe zu sein; denn das Wochengeld richtet sich gemäß §§ 195a Ziff. 2 und 205a Abs. 2 nach dem Krankengeld, und dieses kann bei den einzelnen Kassen verschieden sein, außerdem geht der Erstattungsanspruch aus § 197 nie über das hinaus, was die erstattungspflichtige Kasse der Wöchnerin hätte leisten müssen, wenn sie hierzu verpflichtet gewesen wäre. Da nun die erstverpflichtete Kasse selbst aus § 197 RVO. erstattungspflichtig wird, wenn ein Kassenwechsel eintritt, so ist es natürlich unzweckmäßig, wenn sie sich den Betrag, der nach dem Kassenwechsel zu leisten ist, von der neuen Kasse erstatten läßt, um sofort ihrerseits dieser gemäß § 197 RVO. Ersatz zu leisten. Hier muß eine Verrechnung stattfinden. In dem geschilderten Falle ist also der grundsätzliche Standpunkt der Allgemeinen Ortskrankenkasse zutreffend.

Rückzahlung der vom Vater eines unehelichen Kindes an die Krankenkasse erstatteten Wochenhilfeleistungen.

2. **Nach Aue i. Erzg.** Frage: Nach § 14 Ges. über Wochenhilfe usw. vom 26. 9. 19 ist in § 1542 RVO. vor dem Worte „Krankheit“ „Schwangerschaft“ eingefügt worden. Auf Grund dieser Gesetzesänderung waren die Krankenkassen verpflichtet, von den außerehelichen Schwängerern den Wochenhilfeaufwand wieder zurückzufordern, eine Aufgabe, die vielfach Schwierigkeiten im Gefolge gehabt hat. Es ist daher zu begrüßen, daß nach § 16 Ges. vom 30. 4. 20 der fragliche Ersatzanspruch wieder weggefallen ist. Kann nun an die Kindesväter, die bereits auf Grund des Ges. vom 26. 9. 19 gezahlt hatten, eine Rückerstattung erfolgen? Würde dies nicht geschehen, so würden sich die Regreßpflichtigen, die eine Zahlung böswillig verweigert haben, gegenüber den erstgenannten im Vorteil befinden. Um dies zu vermeiden, beabsichtigt der Kassenvorstand, die in vereinzelten Fällen eingegangenen fraglichen Beträge an die Kinder, soweit sie noch am Leben sind, zurückzuzahlen bzw. die noch unerledigten Fälle niederzuschlagen.

Antwort: An sich erscheint ein Rechtsanspruch des natürlichen Vaters auf Erstattung des gezahlten Betrages nicht begründet. Denn da im Zeitpunkt der Zahlung noch das Gesetz galt, welches die Kasse zur Einziehung des Betrages berechtigte und sogar

verpflichtete, läßt sich nicht behaupten, daß die Kasse durch die Zahlung des Vaters auf dessen Kosten etwas „ohne rechtlichen Grund“ erlangt habe (§ 812 BGB.). Wenn sich daraus infolge der späteren Gesetzesänderung die von der Kasse hervorgehobene Unbilligkeit ergibt, so ist das nur eine Folge der undurchdachten und schwankenden Gesetzgebung. Sachgemäß wäre es gewesen, wenn der Gesetzgeber, der die Unzweckmäßigkeit und Unbilligkeit der durch § 14 Ges. vom 26. 9. 19 geschaffenen Rechtslage erkannt und in der Begründung zu § 8 des Änderungsgesetzes vom 30. 4. 20 deutlich genug anerkannt hat (Begr. S. 10, 11), die Änderung ausdrücklich mit Rückwirkung ausgestattet hätte. Es erscheint uns aber angängig, daß aus dem Zwecke des Gesetzes, jene Unbilligkeit zu beseitigen, eine Rückwirkung mindestens insoweit hergeleitet wird, daß eine Pflicht der Kasse, die noch schwebenden Ansprüche aus dem als unbillig erkannten Gesetze weiter zu verfolgen, nicht mehr besteht. Die Niederschlagung der noch unerledigten Fälle dieser Art erscheint also unbedenklich. Darüber hinaus aber halten wir auch die Rückzahlung der bereits eingezogenen Beträge, im Hinblick auf die inzwischen auch vom Gesetzgeber anerkannte Unbilligkeit der Einziehung, jedenfalls nicht für unstatthaft (zu vgl. über ähnliche Fälle: ArbVers. 1910 S. 662 Ziff. 3, S. 692; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1b zu § 363). Es dürfte sich empfehlen, daß die Kasse sich des Einverständnisses des Versicherungsamts versichert.

„Minderbemittelt“ im Sinne der Vorschriften über Wochenfürsorge.

3. Nach Stolp (Pom.). Frage: R. war bis 26. 4. 20 Vizefeldwebel mit 265 *M* Monatsgehalt. Vom 26. 4. 20 ab ist derselbe Zivilangestellter mit 400 *M* Monatsgehalt und von diesem Tage ab zu unserer Krankenkasse gemeldet. Am 3. 7. 20 wurde seine Ehefrau Wöchnerin. Für das Steuerjahr 1919 war R. nicht zur Steuer veranlagt. Darf hier Wochenfürsorge gewährt werden? Muß diese in diesem Falle vom Reiche erstattet werden?

Antwort: Die Wochenfürsorge ist nach § 17 Abs. 2 des Wochenhilfegesetzes in der Fassung vom 22. 5. 20 (ArbVers. Heft 18 S. 348) zu gewähren, „sofern nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird“. Denn wenn — wie wir nach der Anfrage annehmen — ein besonderes Einkommen der Ehefrau nicht in Betracht kommt, ist diese als minderbemittelt anzusehen, weil ihr und ihres Ehemannes Gesamteinkommen weder in dem Jahre noch in dem Steuerjahre vor der Entbindung 4000 *M* überstiegen hat.

Krankenversicherungspflicht eines Schauspielers während eines Gastspiels.

4. Nach O. Antwort: Dadurch, daß der Schauspieler Gr. „an einigen Abenden“ bis zum 15. Mai im Theater zu O. als Gast auftrat, war er, wenn auch nur vorübergehend, Mitglied dieser Bühne geworden und als solches versicherungspflichtig, wenn er nicht aus dieser und anderer versicherungspflichtiger Beschäftigung einen regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst von mehr als 5000 *M* bezog (§ 165 Abs. 1 Ziff. 4 und Abs. 2 RVO.), und wenn nicht etwa sein Gastspiel als vorübergehende Dienstleistung auf Grund des § 168 RVO. und der Ziff. I 2 der Bek. v. 17. 11. 13 (ArbVers. 1913 S. 848) versicherungsfrei blieb. Für die letztere Annahme bieten Ihre Angaben keinen hinreichenden Anhalt; sie ist besonders ausgeschlossen, wenn das Gastspiel mehr als drei Arbeitstage umfaßte. Wenn hiernach ein Grund für die Annahme der Versicherungsfreiheit nicht vorliegt, so ist Gr. Pflichtmitglied der Ortskrankenkasse in O. geworden und wegen der am 24. 5. eingetretenen Erkrankung von dieser zu unterstützen (§ 214 RVO.), da die freiwillige Mitgliedschaft bei der Kasse in C. erloschen ist (§ 312 RVO.).

Tarifvertrag und Versicherungsgrenze.

5. Nach Klettendorf. Antwort: Die Versicherungsgrenze, bei deren Überschreiten die Versicherungspflicht der im § 165 Abs. 2 RVO. bezeichneten Personenklasse aufhört, wird durch den „regelmäßigen“ Jahresarbeitsverdienst bestimmt, das heißt, durch den Betrag, der sich bei regelmäßigem Bezuge des gegenwärtig maßgebenden Entgelts ergibt. Daß der Angestellte tatsächlich bereits den Jahresbetrag bezogen haben muß, wird nicht gefordert. In dem Zeitpunkt also, in welchem ein Tarifvertrag in Kraft tritt, auf Grund dessen der Angestellte ein Monatsgehalt bezieht, das für zwölf Monate gerechnet mehr als 15 000 *M* ergibt, scheidet der Angestellte aus der Versicherungspflicht aus.

Beginn der Wirkung der neuen Grundlohnfestsetzung.

6. Nach Kr. Antwort: Der § 180 RVO. ist seinem Inhalte nach eine der Ausführung bedürftige Vorschrift, insofern er vorschreibt, daß und wie die Satzung den Grundlohn festsetzen muß oder kann. Dementsprechend bedarf auch die den § 180 RVO. abändernde Vorschrift des § 1 der Verordnung vom 30. 4. 20 (ArbVers. Heft 15 S. 287) der Ausführung, und zwar gemäß § 3 a. a. O. durch Satzungsänderung oder vorläufigen Vorstandsbeschluß. Hierbei ist der Tag zu bestimmen, mit dem die Änderung der Grundlöhne wirksam wird, und hierbei kann bis auf den 7. April 1920, als den Tag, an welchem die §§ 1 bis 4 der Verordnung in Kraft getreten sind, zurückgegriffen werden. Dies ist auch die Auffassung des Reichsarbeitsministers, der in einem Bescheide vom 17. 5. 20 („Krankenversicherung“ 1920 S. 99) sich dahin geäußert hat: „Der Beschluß des Vorstandes muß sobald als möglich getroffen werden, da ja vorher für die Erhebung höherer Beiträge und die Gewährung entsprechend erhöhter Leistungen die Grundlage fehlt. Rechtlich aber würde nichts entgegenstehen, wenn der Vorstand die Wirkung seines Beschlusses schon auf den Tag des Inkrafttretens der neuen Verordnung zurückverlegt.“ — Das Versicherungsamt irrt also, wenn es annimmt, daß die neue Grundlohnfestsetzung kraft Gesetzes auf den 7. 4. 20 zurückwirke.

Kosten der ärztlichen Behandlung von Schiffern auf der Fahrt.

7. Nach Storkow. Frage: Die bei unserer Kasse gemeldeten Schiffer halten sich fast das ganze Jahr über außerhalb des Kassenbezirks auf und nehmen infolgedessen bei Erkrankungen an den Ladeplätzen außerhalb des Kassenbezirks meist fremde Ärzte in Anspruch; sie übersenden uns dann nach Beendigung der Krankheit von zwei und mehr Ärzten bzw. Apothekern Rechnungen zur Bezahlung. Wir sind der Ansicht, daß die Kasse die Apotheker-

kosten voll zu übernehmen und Erstattung der entstandenen Arztkosten nach den Mindestsätzen der Preuß. Gebührenordnung zu erfolgen hat (s. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 26. 11. 19). Ist das richtig?

Antwort: Der Beschäftigungsort der Versicherten ist, auch wenn er außerhalb des Kassenbezirks liegt, Erfüllungsort für die Pflicht der Kasse zur Gewährung der Krankenpflege. Die Kasse muß daher die durch Zuziehung der fremden Ärzte entstandenen notwendigen Kosten tragen. Nach der erwähnten Entscheidung (hier, Heft 16 S. 311) würde sich ihre Erstattungspflicht allerdings auf das beschränken, was sie selbst aufzuwenden gehabt hätte, wenn sie den anderen Arzt unmittelbar beauftragt hätte, also auf die Mindestsätze der Taxe. Wir sind aber der Meinung, daß die Kasse darüber hinaus dem Versicherten auch den von ihm verauslagten Mehrbetrag erstatten muß, wenn die ärztliche Behandlung am Erkrankungsorte gegen geringere Vergütung nicht zu erlangen war. Zu vgl. ArbVers. 1919 S. 120 Ziff. 9, wo ein ähnlicher Fall behandelt ist.

Nochmals zur Einwirkung der Erhöhung des Krankenhauspflegesatzes auf schwebende Fälle.

8. Nach X. Antwort: Wir halten an der wiederholt begründeten grundsätzlichen Auffassung fest, verweisen aber besonders auch auf unsere Bemerkungen im laufenden Jahrgang, Heft 9 S. 179 Ziff. 5. Wenn die Krankenhausverwaltung nicht nur etwa in einer allgemein gehaltenen öffentlichen Bekanntmachung kundgegeben hat, daß der Pflegesatz sich von einem bestimmten Tage ab auf ... *M* erhöht, sondern wenn sie eine Mitteilung dieser Art unmittelbar an eine Krankenkasse richtet, die dem Krankenhause bereits Kranke überwiesen hat, so kann das leicht so gedeutet werden, daß die Erhöhung sich auch auf den Pflegesatz für die bereits aufgenommenen Kranken beziehen soll; und es kann dann unter Umständen daraus, daß die Kasse diese Kranken weiter im Krankenhause beließ, auf ihr Einverständnis mit der Erhöhung von dem Tage ab geschlossen werden, an dem ihr jenes Schreiben zuging. Nur für zwingend halten wir eine solche Auslegung nicht. Wir nehmen noch besonders Bezug auf den Schlußsatz der erwähnten Auskunft.

Kann der Übertritt Weiterversicherter in eine niedere Klasse nachträglich geändert werden?

9. Nach Hamborn. Frage: Bei unserer Kasse sind viele bisherige Pflichtmitglieder freiwillig gemäß § 313 Abs. 1 RVO. in der niedrigsten Klasse weiterversichert. Infolge der Teuerung stehen die Beiträge dieser Mitglieder in keinem Verhältnis zu den Gesamtleistungen der Kasse. Läßt sich aus § 313 die Möglichkeit herleiten, daß die Zustimmung des Kassenvorstandes zur freiwilligen Weiterversicherung in der niedrigsten Klasse unter dem Zwange der veränderten Verhältnisse zurückgezogen wird, so daß jene Mitglieder gehalten wären, sich in einer höheren Klasse weiter zu versichern, oder ist hierzu eine Gesetzesänderung erforderlich? Im Interesse der Erhaltung der vollen Leistungsfähigkeit der Kasse ist dies unbedingt erforderlich.

Antwort: Ein Recht des Kassenvorstandes, die gemäß § 2 der Verordnung vom 22. 11. 18 (ArbVers. S. 694) erteilte Zustimmung zum Übertritt der Mitglieder in die niedrigste Klasse oder Lohnstufe einseitig zu widerrufen, läßt sich unter keinem rechtlichen Gesichtspunkte begründen. Aus der Natur der durch diese Zustimmung zustande gekommenen „Einigung" zwischen Kasse und Mitglied (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1918 S. 703) läßt sich nur herleiten, daß beide Teile sich auch wieder über die Versicherung in einer höheren Klasse oder Stufe verständigen können, nur nicht über diejenige Klasse oder Stufe hinaus, welcher der Versicherte beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung angehört hatte; denn diese Grenze ergibt sich aus § 313 Abs. 1 Satz 1 RVO. Mit manchen Versicherten würden sich wohl solche Verständigungen ermöglichen lassen, wenn sie auf den Vorteil entsprechend höherer Barleistungen hingewiesen würden. Darüber hinaus aber könnte nur im Wege der Gesetzgebung Abhilfe geschafft werden.

Ergänzung einer Entscheidung aus § 258 RVO., die den Zeitpunkt des Inkrafttretens nicht bestimmt.

10. Nach Neuhaus (Oste). Antwort: Ausdrücklich schreibt § 258 Abs. 3 RVO. vor, daß, wenn die Entscheidung aus § 258 Abs. 1 Betriebe oder Betriebsteile einer anderen Kasse zuweist, sie auch bestimmen „muß", wann das neue Versicherungsverhältnis in Kraft tritt. Daraus ergibt sich, daß ohne eine solche Bestimmung das neue Versicherungsverhältnis überhaupt nicht, insbesondere nicht, wie Sie annehmen, mit der Zustellung der mangelhaften Entscheidung wirksam wird. Deshalb kann auch nicht davon die Rede sein, daß die Entscheidung „vorläufig vollstreckbar" sei und die Kasse, der die fragliche Gruppe von Beschäftigten überwiesen worden ist, für diese die Beiträge vom Tage der Zustellung ab beanspruchen könne. Es ist eine Ergänzung der Entscheidung auf Grund des § 35 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter (v. 24. 12. 11, RGBl. S. 1107) in Verbindung mit § 1674 RVO. zu beantragen. Bei der Ergänzung wird zu beachten sein, daß der Zeitpunkt der Wirksamkeit des neuen Versicherungsverhältnisses nicht in die Vergangenheit zurückverlegt werden darf (Entsch. des RVA. 2216, ArbVers. 1916 S. 684).

a) **Wertangabe für Wertpapiere in der Vermögensnachweisung der Krankenkasse.** b) **Haftung des Geschäftsinhabers für Körperschädigung infolge Glätte des Fußbodens.**

11. Nach Mainz. Antwort: a) Das amtliche Muster für die Vermögensnachweisung der Krankenkassen schreibt (in Anm. 1) ausdrücklich vor, daß Wertpapiere zum Anschaffungspreise einzustellen sind. Ist ihr Kurswert niedriger, so ist er „anmerkungsweise" anzugeben. In keinem Falle also darf in die Nachweisung selbst ein anderer Wert eingestellt werden als der Anschaffungspreis.

b) Wenn der Beamte im Bureau der Firma infolge übermäßigen Glättens des Fußbodens ausglitt und sich eine körperliche Schädigung zuzog, so kann der Firmeninhaber zum Ersatze des Schadens verpflichtet sein, wenn entweder ihm selbst eine Fahrlässigkeit unmittelbar zur Last fällt (§ 823 BGB.), weil er bei gehöriger Aufmerksamkeit die Gefahr erkennen und für Abstellung sorgen mußte, oder auch, wenn er es bei der Auswahl der zur Glättung des Fußbodens bestellten Personen an der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt fehlen ließ und hierdurch der Schaden entstanden ist (§ 831 BGB.). Wenn hiernach ein Anspruch begründet werden

könnte, so wäre er nach näherer Vorschrift des § 1542 RVO. auf die Kasse übergegangen. Sie hätte sich lediglich an den Firmeninhaber zu halten; daß dieser für solche Fälle bei einer privaten Unfallversicherungsgesellschaft versichert ist, geht die Kasse nichts an.

Weiterversicherung nach § 313 RVO. unter Beschränkung des Anspruchs auf Kassenleistungen ist unzulässig.

12. Nach Zuffenhausen. Antwort: Der aus der Versicherungspflicht ausscheidende Versicherte kann unter den Voraussetzungen des § 313 RVO. „in seiner Klasse oder Lohnstufe Mitglied bleiben"; er kann in eine niedere Klasse oder Lohnstufe übertreten. Andere Beschränkungen der Rechte aus der freiwillig fortgesetzten Mitgliedschaft sind unzulässig (zu vgl. Gründe der Entsch. des RVA. v. 1. 5. 16 in Entsch. u. Mitt. Bd. 7 S. 100). Es ist also nicht zulässig, zu vereinbaren, daß der Weiterversicherte auf die Barleistungen der Kasse keinen Anspruch haben soll.

Verjährung der Festsetzung von Strafbeiträgen aus § 531 Abs. 2 RVO. — Unständige und vorübergehende Beschäftigung.

13. Nach Gr. Antwort: a) Unsere Auskunft in ArbVers. 1919 S. 180 Ziff. 8 trifft allerdings nicht mehr zu, nachdem das RVA. in der Entscheidung ArbVers. 1918 S. 492 ausgesprochen hat, daß die Verjährung der Strafverfolgung wegen der Nebenstrafe aus § 531 Abs. 2 RVO. mit der Rechtskraft der Hauptstrafe aus § 530 beginnt und daher nach Ablauf von drei Monaten nach diesem Tage vollendet ist, wenn sie nicht vorher unterbrochen wurde. Wir haben uns auf diesen vom RVA. vertretenen Standpunkt auch bereits in einer späteren Auskunft, nämlich 1919 S. 476 Ziff. 2, gestellt. Danach erscheint die Entscheidung des Versicherungsamts, durch welche die Strafverfügung des Kassenvorstandes aufgehoben worden ist, begründet und Beschwerde beim Oberversicherungsamt aussichtslos. — Dieses würde übrigens nach § 1798 RVO. endgültig zu entscheiden haben, da bereits das Versicherungsamt auf Beschwerde (nämlich des Arbeitgebers) entschieden hatte und folglich die (nunmehr von der Kasse ausgehende) Beschwerde eine „weitere" Beschwerde im Sinne des § 1798 sein würde, wenngleich sie jetzt von der anderen Seite erhoben würde.

b) Die Verjährung würde im vorliegenden Falle nur durch eine gegen den Arbeitgeber gerichtete Handlung des Kassenvorstandes unterbrochen worden sein. Als eine solche Handlung käme vor allem die „Anhörung" des Arbeitgebers in Betracht (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1919 S. 336). Diese Anhörung kann in formloser Weise erfolgen. Es würde z. B. genügen und meist ganz zweckmäßig sein, wenn die Kasse dem Arbeitgeber mitteilte, daß sie im Hinblick auf seine Bestrafung aus § 530 RVO. nunmehr die Festsetzung von Strafbeiträgen nach § 531 Abs. 2 in Erwägung ziehe und ihm anheimgebe, sich hierüber in einer bestimmten Frist zu äußern. Ferner würde z. B., wenn der Wohnort des bestraften Arbeitgebers inzwischen gewechselt und unbekannt geworden wäre, jede Handlung des Vorstandes, die darauf abzielte, den Wohnort zu ermitteln, um ihm die bereits beschlossene Straffestsetzung aus § 531 Abs. 2 zuzustellen, die Verjährung unterbrechen; denn § 147 setzt nicht voraus, daß die gegen den Täter gerichtete Handlung auch zu seiner Kenntnis gelangt sein müsse.

c) Unständige Beschäftigung im Sinne der §§ 441 und ff. RVO. ist nicht gleichbedeutend mit vorübergehender Dienstleistung im Sinne des § 168 RVO. und der Bekanntmachung vom 17. November 1913 (ArbVers. 1913 S. 848). Die Regelung der Versicherung bei unständiger Beschäftigung bezieht sich auf Personen, deren Hauptberuf die Lohnarbeit bildet, die aber ohne festes Arbeitsverhältnis bald hier bald dort beschäftigt sind (zu vgl. Hahn, Handb. d. KrVers. Vorbemerkung vor § 441; auch Anm. 1 zu § 168 und Anm. 1 zu § 442). Die in der Anfrage erwähnten „kränklichen Personen, die nie versicherungspflichtige Arbeit geleistet haben" oder „Ehefrauen, die vielleicht die eine Woche zwei bis drei Nachmittage in fremden Häusern Flickarbeit verrichten, die andere Woche aber wieder ganz zu Hause sind", werden nicht als Berufsarbeiter, also nicht als versicherungspflichtige unständig Beschäftigte anzusehen sein. Bei ihnen wird die Anwendung der Ziffer I Nr. 1 oder 3 der erwähnten Bekanntmachung vom 17. November 1913 in Frage kommen.

Schüler einer Hochschule für Feinmechanik — nicht Lehrlinge.

14. Nach Göttingen. Frage: Hier besteht eine städtische, vom Staate unterstützte Fachschule für Feinmechanik. In den Werkstätten dieser Fachschule werden unter anderem junge Leute für den Mechanikerberuf vollständig ausgebildet; sie müssen eine vierjährige Lehrzeit durchmachen. Nach Beendigung der Lehrzeit sind die jungen Leute als Mechanikergehilfen tätig. Wir bitten um Auskunft, ob diese sogenannten Schullehrlinge als Schüler oder Lehrlinge anzusprechen sind, was ja für die Krankenversicherungspflicht von Bedeutung ist. Wir bemerken noch, daß die Schullehrlinge neben der praktischen Anleitung einen umfangreichen theoretischen Unterricht erhalten.

Antwort: Wir nehmen an, daß es sich nicht um Lehrlinge, sondern um versicherungsfreie Schüler handelt, weil nach den vorliegenden Angaben die theoretische wie die praktische Anleitung sich wesentlich als Unterricht darstellt, auch die Beschäftigung in den Werkstätten, wenngleich sie auf Berufsvorbereitung abzielt, doch nicht dem Betriebe dieser Werkstätten dienen und der einzelne Schüler wohl kaum einen Arbeitsposten in ihnen ausfüllen soll. Zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 8 zu § 165 RVO.; auch ArbVers. 1918 S. 539 Ziff. 5.

„Neue" Erkrankung? — Melde- und Beitragspflicht des Arbeitgebers für Ersatzkassenmitglieder (§ 517 RVO.). — Erweiterte Krankenpflege (§§ 429, 437, 439 RVO.).

15. Nach G. 183. Antwort: a) Die Leistungsdauer der Kasse wegen der Krankheit (Blutarmut) der am 3. 4. 20 erwerbslos ausgeschiedenen Versicherten lief am 6. 4. 20 ab. Wenn die Versicherte darüber hinaus zwar nicht arbeitsunfähig, aber doch noch ärztlicher Behandlung oder eines Heilmittels bedürftig war, so war sie noch krank im Sinne des § 182 RVO., und das Hinzutreten von Ischias mit Arbeitsunfähigkeit am 10. 4. 20 hatte nur die Bedeutung einer Verlängerung und Verschärfung des bereits durch Aussteuerung erledigten Versicherungsfalls, nicht aber die Bedeutung eines neuen Versiche-

rungsfalls, der von neuem einen Anspruch aus § 214 RVO. begründet hätte.

b) Die Beurteilung des Falles in ArbVers. 1917 S. 787 Ziff. 11 dürfte in ihrem zweiten Teil in der Tat insofern irrig sein, als die Zeit vom 31. 5. 17 bis 14. 6. 17, in der nur Krankenpflege gewährt wurde, auf die Dauer des Krankengeldbezuges angerechnet wurde — was dem § 183 Abs. 1 Satz 2 RVO. widerstreitet.

c) Durch das Ruhen der Rechte und Pflichten des Ersatzkassenmitgliedes bei der Pflichtkrankenkasse (§ 517 RVO.) wird die Mitgliedschaft bei dieser Kasse nicht aufgehoben und die Rechtslage des Arbeitgebers nur insoweit berührt, daß er nur den von ihm selbst zu tragenden Beitragsteil an die Pflichtkasse zu zahlen hat; auch seine Meldepflichten gegenüber dieser Kasse bleiben bestehen (Hahn, Anm. 3 zu § 517). Er muß daher auch, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis endet, bis zur ordnungsmäßigen Abmeldung die Beiträge gemäß § 397 Abs. 1 fortzahlen, aber nur, wie bisher, den Arbeitgeberanteil.

d) Unter den Voraussetzungen des § 437 RVO. „hat" die Kasse auf Antrag des Dienstberechtigten oder des Dienstboten die erweiterte Krankenpflege, das ist nach § 429 Krankenhauspflege, zu gewähren. In diesen Fällen besteht daher, abweichend von dem nach § 184 regelmäßig der Kasse gebührenden Wahlrecht, ein erzwingbarer Anspruch auf die Krankenhauspflege, aber nur, wenn sie beantragt ist. Ist der Kranke ohne solchen Antrag, gleichviel auf wessen Veranlassung, ins Krankenhaus gebracht worden, so braucht die Kasse dies nicht gelten zu lassen bis zu dem Tage, an dem der Antrag des Dienstberechtigten oder des Dienstboten nachgeholt wird. Auch dann kann sie unter Umständen noch die Genehmigung versagen, z. B. wenn der Kranke ohne hinreichenden Grund in ein anderes Krankenhaus als dasjenige gebracht worden ist, mit dem die Kasse bestimmte Abmachungen getroffen hat. — Der § 437 gilt nicht für Dienstboten, die auch im Gewerbe des Arbeitgebers beschäftigt sind, und für deren Versicherung und Ansprüche daher „diese Beschäftigung", d. h. die gewerbliche, maßgebend ist.

a) Krankenversicherung beim Zusammentreffen ständiger und unständiger Beschäftigung. b) Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO.

16. Nach B. 1000. Antwort: a) Das ständige Beschäftigungsverhältnis des Vereinsdieners begründet seine Krankenversicherungspflicht und die Pflichtmitgliedschaft bei der Ortskrankenkasse; die unständige Beschäftigung bleibt, auch wenn sie nach der Höhe des Entgelts die überwiegende ist, außer Betracht (zu vgl. Seelmann, ArbVers. 1914 S. 304).

b) Gemeindeverband ist ein mehrere Gemeinden umfassender Verwaltungsbezirk. Die Bezirkssparkasse, die für mehrere zu einem Amtsbezirk gehörige Gemeinden errichtet ist, ist entweder eine Einrichtung des Gemeindeverbandes oder der mehreren zu einem besonderen Zweck verbundenen Gemeinden. Für die in dieser Sparkasse beschäftigten „Beamten" gilt also § 169 RVO. in jedem Falle. Wer aber als Beamter anzusehen ist, bestimmt sich nach dem örtlichen Landesverwaltungsrecht. Nach preußischem Rechte z. B. wird die Eigenschaft als gemeindlicher Beamter nur durch die Aushändigung der Anstellungsurkunde begründet. Welche Bestimmungen in dieser Hinsicht nach dortigem Rechte gelten, können wir hier nicht feststellen. Wäre aber die Beamteneigenschaft für gegeben zu erachten, so würden wir auch Versicherungsfreiheit nach § 169 annehmen, weil den in Frage stehenden Personen für den Fall einer Krankheit Fortbezug des Gehalts für die Dauer von sechs Monaten, also für die Dauer der Regelleistungen gewährleistet ist und das Gehalt doch wohl dem 1½ fachen Krankengelde mindestens gleichkommt. Dieser Anspruch wird durch die an sich unter Umständen zulässige Kündigung nicht berührt und begründet daher die Versicherungsfreiheit.

c) Die Kasse ist nicht befugt, ohne die Voraussetzungen der §§ 176, 310, 313 RVO. freiwillige Mitglieder aufzunehmen (zu vgl. § 25 Abs. 3 RVO.). Ein dahin gehendes Verlangen des Arbeitgebers ist abzuweisen.

Beginn der Pflichtmitgliedschaft Kranker infolge der Ausdehnung der Versicherungspflicht.

17. Nach L. Antwort: Wenn infolge des von der Reichsversicherungsanstalt gewährten Heilverfahrens nur die tatsächliche Arbeitsleistung des „Hilfsmeisters" unterbrochen, nicht aber das Beschäftigungsverhältnis aufgelöst worden ist, überdies sogar für die ersten sechs Wochen das volle Gehalt weitergezahlt wird, so kann kein Zweifel bestehen, daß mit dem Inkrafttreten der Ausdehnung der Versicherungspflicht, durch Erstreckung der Versicherungsgrenze bis 15 000 ℳ Jahresarbeitsverdienst, der Hilfsmeister Pflichtmitglied Ihrer Krankenkasse geworden ist (§ 306 RVO.) und daß ihm folglich von da ab die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren sind (§ 206 nebst Anm. 2 bei Hahn, Handb. der KrVers.; zu vgl. ArbVers. 1919 S. 60 Ziff. 13, S. 79 Ziff. 1, S. 100 Ziff. 14). Wie Sie aber dazu kommen, als maßgebenden Zeitpunkt den 26. 4. 20 anzusehen, können wir nicht ergründen. Wir verweisen auf § 10 der Verordnung vom 30. 4. 20, ArbVers. Heft 15 S. 287 ff. nebst den Bemerkungen S. 289.

Versicherungspflichtige Beschäftigung im Betriebe des Vaters?

18. Nach Neumarkt (Schlesien). Frage: Sind Meistersöhne, welche in den Betrieben ihrer Väter als Gesellen oder Lehrlinge arbeiten, krankenversicherungspflichtig?

Antwort: Wenn der Sohn nicht nur in Erfüllung seiner familienrechtlichen Verpflichtung den Vater im Betriebe unterstützt und anderseits Unterhalt nicht nur als Hauskind empfängt, sondern wirklich als Geselle arbeitet, wie er etwa auch in einem fremden Betriebe arbeiten könnte, und wenn er dafür in entsprechender Weise, wie etwa auch ein fremder Geselle, von seinem Vater Lohn (Geld- oder Sachbezüge) empfängt, so besteht Versicherungspflicht nach § 165 RVO. Ob die Voraussetzungen tatsächlich gegeben sind, ist immer nach den besonderen Umständen des Einzelfalles zu prüfen. — Bei Lehrlingen kommt in Betracht, daß die Beschäftigung nicht gegen Entgelt stattzufinden braucht, um versicherungspflichtig zu sein (§ 165 Abs. 2). Man wird daher ein versicherungspflichtiges Lehrlingsverhältnis schon dann anzunehmen haben, wenn der Meister seinen Sohn zum Zwecke der Unterweisung und Ausbildung für den künftigen Beruf im Betriebe beschäftigt.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW68, Kochstr. 68–71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1289 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 11. August 1920 | Heft 23

Zur Genehmigung der Kassensatzungen.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

I. Allgemeines. — Die Satzung jeder Krankenkasse muß vom Oberversicherungsamt genehmigt werden, das gleiche gilt für ihre Änderungen (§ 324 Abs. 1 Satz 1 RVO.). Erst mit der Genehmigung erhält die Satzung ihre Rechtsgültigkeit. Da zur Errichtung einer Kasse das Vorhandensein einer Satzung erforderlich ist, so folgt daraus, daß die Kasse nicht vor Erteilung der Genehmigung besteht, sondern erst mit Erteilung der Genehmigung zu bestehen anfängt (vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 5. März 1896, Bd. 29 S. 349). Durch die Genehmigung kann den Bestimmungen der Satzung nicht die Bedeutung beigelegt werden, daß entgegenstehende gesetzliche Vorschriften außer Kraft gesetzt werden. Bei einem Widerspruch zwischen den gesetzlichen Vorschriften und den Satzungsbestimmungen sind die ersteren unbedingt maßgebend (vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 29. April 1896, Bd. 13 S. 379, und Entsch. des Reichsger. in Zivils. vom 30. September 1902, Bd. 52 S. 311). Aus einer ungültigen Satzungsbestimmung können Rechtsansprüche nicht hergeleitet werden (vgl. RVA. Entsch. v. 28. Juni 1916, Amtl. Nachr. S. 486). Eine andere Frage ist es allerdings, ob durch Änderungen der Gesetzgebung ohne weiteres die Bestimmungen aller Satzungen abgeändert werden, wenn dies im Einzelfall vom Gesetz nicht ausdrücklich vorgeschrieben wird. Das wird im allgemeinen schon im Hinblick auf § 321 RVO., wonach die Satzung die innere Einrichtung der Kasse insbesondere auch Art und Umfang der Leistungen bestimmen muß, zu verneinen sein. Eine Abweichung von dieser Vorschrift ist im Gesetz auch jedesmal ausgesprochen worden; vgl. § 6 der Bekanntm. über Wochenhilfe während des Krieges vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) und § 2 der Verordnung über Versicherung der im Vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 (RGBl. S. 171). Das abweichende Verfahren im Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757) steht, wenn die unmittelbare Erhöhung der Leistungen durch das Gesetz beabsichtigt gewesen sein sollte, ganz vereinzelt da und kann auch nicht zur Nachahmung empfohlen werden, weil dadurch die Kassen zu Leistungen verpflichtet werden, für die ihnen die Deckungsmittel fehlen.

Über die Genehmigung von Satzungsbestimmungen entscheidet das Oberversicherungsamt, in dessen Bezirk die Kasse ihren Sitz hat. Bei Errichtung der Kasse hat gelegentlich der Genehmigung der Satzung das Oberversicherungsamt auch den Zeitpunkt zu bestimmen, zu dem die Krankenkasse ins Leben tritt. Für das Alter der Kasse ist aber dieser Zeitpunkt nicht maßgebend, sondern der Zeitpunkt, in dem die Satzung der Kasse genehmigt wird, und zwar ist hierbei nur die Genehmigung maßgebend, durch die die Kasse in der Weise, daß ihre Bestimmungen

von den anderen Kassen berücksichtigt werden müssen, ins Leben gerufen ist, nicht aber der Zeitpunkt späterer Abänderungen der Satzungen (vgl. Pr. OVG., Entsch. vom 5. März 1896, Bd. 29 S. 349). Diese Feststellung ist von Wichtigkeit für die Beantwortung der Frage, ob die Satzung einer Krankenkasse genehmigt werden darf, weil die Abgrenzung des Mitgliederkreises mit dem einer anderen Krankenkasse im Widerspruch steht, also den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt (vgl. Begründung zur RVO. S. 201).

II. Satzungsänderungen. — Bei Abänderung bereits genehmigter Satzungen unterliegen allein die beschlossenen Änderungen, nicht auch die schon früher genehmigten Bestimmungen der Satzung, der neuen Prüfung und Beschlußfassung. Das Oberversicherungsamt ist zur Anordnung einer Beschlußfassung über bestimmte Satzungsänderungen nicht befugt (vgl. Pr. OVG., Entsch. vom 8. März 1894, Bd. 26 S. 311), es sei denn, daß es sich um Bestimmungen handelt, die nicht hätten genehmigt werden dürfen (§ 326 RVO.). Wird dagegen eine neue Satzung vorgelegt, in die die früher genehmigten Bestimmungen übernommen sind, so unterliegt der ganze Inhalt der Satzung der Prüfung durch das Oberversicherungsamt (vgl. Pr. OVG., Entsch. vom 26. Juni 1905, ArbVers. S. 634).

Genehmigte Satzungsbestimmungen treten frühestens mit dem Zeitpunkt in Kraft, in dem die Genehmigung des Oberversicherungsamtes dem Kassenvorstand zugestellt wird (vgl. RVA. Entsch. vom 16. Dezember 1919, Amtl. Nachr. 1920 S. 175). Daran wird auch nichts geändert, wenn der Kassenvorstand unter der Hand vorher von der Erteilung der Genehmigung Kenntnis erhalten und daraufhin die Genehmigung bekanntgemacht hat oder wenn der Kassenvorstand in dieser Bekanntmachung einen anderen Zeitpunkt für das Inkrafttreten festsetzt.

Es gibt keine gesetzliche Vorschrift, durch die es der Kasse verwehrt wird, der Satzungsänderung eine rückwirkende Kraft beizulegen. Nur insofern wird dieses auszuschließen sein, als dadurch Rechtsverhältnisse entstehen, die mit den Grundlagen der Gesetzgebung nicht vereinbar sind. Aus Zweckmäßigkeitserwägungen, also deshalb, weil das Oberversicherungsamt eine Zurückverlegung des Zeitpunktes für unzweckmäßig hält, darf das Oberversicherungsamt die Genehmigung nicht versagen. Als unbedingt gegen das Gesetz verstoßend würde eine Zurückverlegung des Zeitpunktes für die Erhöhung der Beiträge gelten müssen, weil eine nachträgliche Erhöhung in manchen Fällen dem Arbeitgeber allein zur Last fallen würde, nämlich insoweit, als die beitragspflichtigen Arbeiter das Beschäftigungsverhältnis aufgegeben haben. Dabei kann allerdings unbedenklich angenommen werden, daß, soweit die Arbeiter noch von dem Arbeitgeber beschäftigt werden, Lohnabzüge für mehr als zwei Lohnzeiten rückwärts zulässig sind, weil der Abzug ohne Verschulden des Arbeitgebers unterblieben ist (§ 395 Abs. 2 RVO.). Auch wird gegen eine Rückverlegung des Zeitpunktes die Erwägung sprechen, daß die Beitragspflicht voll erfüllt ist, wenn die Beiträge gezahlt worden sind, welche im Augenblick der Fälligkeit die Satzung vorschreibt. Gerade dies wird auch für die Gefahrzuschläge zu gelten haben, die dem Unternehmer nach § 384 Abs. 1 RVO. allein zur Last fallen und für die Zusatzbeiträge, die von den Versicherten allein aufzubringen und einzuzahlen sind.

Anders verhält es sich allerdings mit den Leistungen. Da nach § 211 RVO. für Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, durch die Satzungsänderungen die Leistungen erhöht, nicht aber erniedrigt werden können, so wird der Kasse auch das Recht zugestanden werden müssen, den Zeitpunkt für den Eintritt der Erhöhung festzusetzen und ihn unter Umständen in die Vergangenheit zurückzuverlegen. Verlegt die Kasse das Inkrafttreten einer Satzungsbestimmung in die Vergangenheit in Fällen, in denen nach der ganzen Einrichtung der Versicherung dies als unzulässig angesehen werden muß, so hat das Oberversicherungsamt die Genehmigung zu versagen. Nach den gleichen Gesichtspunkten

beantwortet sich die Frage, ob das Oberversicherungsamt selbst einer Änderung der Satzung eine rückwirkende Kraft beilegen darf. In der Zurückverlegung des Zeitpunktes für das Inkrafttreten der Änderung gegen den Willen der Kasse wird eine Versagung der Genehmigung zu erblicken sein. Im übrigen wird das Oberversicherungsamt tunlichst an dem Grundsatze festzuhalten haben, daß Satzungsänderungen nur mit dem Zeitpunkt der Genehmigung verbindlich werden.

III. Die Versagung der Genehmigung. — Die Genehmigung muß versagt werden, wenn die Satzung den gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft oder nicht den Zwecken der Kasse dient. Die Entscheidung muß ausreichend begründet sein (vgl. RVA., Entsch. vom 21. Mai 1915, Amtl. Nachr. S. 588). Die Satzung genügt nicht, wenn sie entweder Bestimmungen enthält, welche mit den gesetzlichen Vorschriften im Widerspruch stehen oder wenn Bestimmungen, die sie enthalten muß, fehlen oder wenn sie nicht auf ordnungsmäßigem Wege zustande gekommen ist (vgl. Pr. OVG. vom 25. November 1889, Bd. 19 S. 348). Zu den gesetzlichen Vorschriften gehören auch die Vorschriften anderer Gesetze z. B. des BGB. (vgl. RVA., Entsch. vom 8. November 1913, Amtl. Nachr. S. 833). Die Kasse kann in der Satzung nur ihre eigenen Angelegenheiten regeln, nicht aber die Befugnisse der Aufsichtsbehörde oder einer anderen Behörde bestimmen (vgl. Pr. OVG. vom 22. März 1906, Bd. 49 S. 330). Eine Genehmigung mit der Maßgabe, daß bestimmte Änderungen vorgenommen werden, kennt das Gesetz nicht. Sie ist als eine Versagung zu behandeln (vgl. RVA., Entsch. vom 29. November 1913, Amtl. Nachr. S. 837). Das Oberversicherungsamt darf die Genehmigung nur erteilen oder versagen, der Satzungsbestimmung aber keine zweckentsprechende andere Fassung geben. Darauf läuft es auch hinaus, wenn der Satzungsbestimmung rückwirkende Kraft beigelegt wird (vgl. RVA., Entsch. vom 20. Februar 1920, Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung S. 94). Aus Zweckmäßigkeitserwägungen darf einer an sich zulässigen Satzungsbestimmung die Genehmigung nicht versagt werden (vgl. RVA. vom 21. Mai 1915, Amtl. Nachr. S. 585). Die Genehmigung abgeänderter Satzungen darf nicht deshalb versagt werden, weil sich die früheren Bestimmungen bewährt haben und ein Anlaß zur Änderung nicht vorliegt (vgl. Pr. OVG. vom 26. Februar 1903, Arb-Vers. 1904 S. 511). Ebensowenig darf die Vermehrung der für die Bekanntmachungen der Kasse bestimmten Zeitungen beanstandet werden, weil ein Bedürfnis für die Vermehrung nicht vorliegt (vgl. Pr. OVG. vom 10. Januar 1907, Bd. 50 S. 396).

Gegen den versagenden Beschluß steht die Beschwerde dem Kassenvorstand, aber nicht einzelnen Kassenmitgliedern zu (vgl. RVA. Entsch. vom 18. April 1914, Amtl. Nachr. S. 515). Unter Umständen hat auch der Vorstand der Kasse ein Beschwerderecht gegen die Genehmigung der Satzung, z. B. dann, wenn die Satzung nicht in der vom Ausschuß beschlossenen Form zur Genehmigung vorgelegt worden ist (vgl. RVA. Entsch. vom 9. April 1914, Amtl. Nachr. S. 516). Ein Bedürfnis für ein solches Beschwerderecht ist aber nicht anzuerkennen, weil die Kasse jederzeit einen entsprechend geänderten Entwurf vorlegen kann.

Immerhin ist den Versicherten bei ungesetzlichen Bestimmungen der Kassensatzungen oder bei eigenmächtigem Vorgehen des Oberversicherungsamtes die Möglichkeit einer Abhilfe nicht verwehrt. Bei Beitragsstreitigkeiten werden die Versicherungsbehörden unbedingt den Einwand berücksichtigen müssen, daß die Satzungsbestimmung nicht hätte genehmigt werden dürfen oder daß das Oberversicherungsamt bei Erteilung der Genehmigung seine Befugnisse überschritten habe. Ähnliches gilt für andere Streitigkeiten, bei denen es sich um die Auslegung einer genehmigten Satzungsbestimmung handelt, die das Oberversicherungsamt gemäß § 326, Abs. 1 RVO. abändern soll (vgl. RVA. Entsch. vom 20. Februar 1920, Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung S. 94).

IV. Zustimmung. — Nach dem Krankenversicherungsgesetz war bei Erteilung der Genehmigung nur zu prüfen, ob das Statut den Anforderungen des Gesetzes genügte oder hinsichtlich der Bestimmung des Mitgliederkreises nicht mit einer anderen Krankenkasse im Widerspruch stand. Nur unter diesen Umständen durfte und mußte die Genehmigung versagt werden. Auch für die Reichsversicherungsordnung ist die Genehmigung der Satzungen davon abhängig, daß nichts bestimmt wird, was gesetzlichen Vorschriften zuwider läuft oder nicht im Zwecke der Kasse liegt. Bei einer Reihe von Satzungsbestimmungen greift dieser Grundsatz jedoch nicht Platz. Ihre Aufnahme in die Satzung ist zwar im Gesetz gestattet, aber zugleich von der Zustimmung des Oberversicherungsamtes abhängig gemacht, die nach freiem Ermessen erteilt wird (vgl. Kommissionsber. zur RVO. II S. 108). Fälle dieser Art sind vorgesehen im § 176 (Festsetzung des Alters der freiwillig Beitretenden), § 180 (Festsetzung des Grundlohns nach dem durchschnittlichen Tagesentgelt), § 193 (Höchstbetrag für kleine Heilmittel und Zuschuß für große Heilmittel), § 313 (Längere Fristen für die Anzeige der Weiterversicherung), § 333 (Abstufung des Stimmrechtes der Arbeitgeber und Festsetzung der Höchstzahl der Stimmen), § 364 (Abweichende Festsetzung der Rücklagen bei angeordneten Betriebskrankenkassen), § 371 (Ausschließung von Krankenhäusern bei Gewährung der Krankenhauspflege durch bestimmte Krankenhäuser), § 384 (Gefahrenzuschläge, Zusatzbeiträge, Erhöhung der Beiträge für Sonn- und Feiertage als Arbeitstage), § 403 (Erhebung von Vorschüssen), § 415 (Errichtung von Sektionen), § 420 (Kürzung der Beiträge der landwirtschaftlichen Arbeiter), § 421 (Kürzung der Leistungen und Beiträge für landwirtschaftliche Arbeiter), § 423 (Fortfall des Krankengeldes für Rentenempfänger in der Landwirtschaft), § 424 (Ermäßigung des Krankengeldes für landwirtschaftliche Arbeiter in der Winterzeit), § 428 (Einführung der erweiterten Krankenpflege), § 450 (Beiträge und Leistungen der unständig Beschäftigten), § 455 (Fortfall der Beitragsleistung unständig Beschäftigter).

Über die Zustimmung befindet der Vorsitzende des Oberversicherungsamtes, die Versagung darf nur durch die Beschlußkammer ausgesprochen werden. In allen Fällen ist die Entscheidung endgültig, eine Beschwerde also unzulässig (vgl. RVA. Entsch. vom 8. November 1913, Amtl. Nachr. S. 832). Voraussetzung ist aber hierbei, daß die Entscheidung im Rahmen dieser Vorschrift ergangen ist, sonst bewendet es bei der Regel des § 1793 RVA (vgl. RVA. Entsch. vom 12. Oktober 1918, Amtl. Nachr. S. 508). Eine Abgabe an das Reichsversicherungsamt ist, da es sich um Fragen des Ermessens handelt, unzulässig. Eine bedingte Zustimmung steht einer Versagung gleich. Die Zustimmung ist ihrem Wesen nach auch eine Genehmigung. Sie ist daher in förmlicher Beziehung ebenso zu behandeln, wie die Erteilung der Genehmigung, soweit das Gesetz nicht abweichendes vorschreibt. Dahin gehört die wichtige Vorschrift, daß die Entscheidung über Erteilung oder Versagung der Zustimmung stets endgültig ist. Im übrigen müssen auch beim Versagen der Zustimmung gemäß § 324 Abs. 4 RVO. die Gründe angegeben werden Zurückgenommen werden darf die Zustimmung ebensowenig wie die Genehmigung, auch wenn das Oberversicherungsamt nachträglich der Meinung ist, daß die Bestimmung, zu der die Zustimmung erteilt ist, unzweckmäßig ist. In diesem Falle muß es solange bei der fraglichen Bestimmung sein Bewenden behalten, bis die Kasse von selbst eine Änderung für zweckmäßig hält. Auf dem Wege des § 326 kann hier keine Abhilfe geschaffen werden, weil diese Vorschrift nach ihrem klaren Wortlaut nur dann Anwendung findet, wenn sich nachträglich ergibt, daß die Satzung den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt. Diese Vorschrift bezieht sich also nur auf rechtlich unzulässige Bestimmungen, nicht aber auf solche, welche rechtlich zulässig sind, aber der Zustimmung des Oberversicherungsamtes bedürfen (vgl. RVA. Entsch. vom 25. April 1914, Amtl. Nachr.

S. 517). Ist dagegen die Bestimmung, zu der die Zustimmung erteilt worden ist, rechtlich unzulässig, so findet der § 326 Abs. 1 selbstredend Anwendung.

Im übrigen gilt für die Anfechtung der Bestimmungen der Satzung, denen das Oberversicherungsamt zugestimmt hat, durch die einzelnen Kassenmitglieder das gleiche wie für die Anfechtung der genehmigten Satzungsbestimmungen (s. unter III). Soweit nicht die rechtliche Unzulässigkeit in Frage kommt, können die Bestimmungen nur beanstandet werden, wenn sie offenbar unbillig sind. Das gilt z. B. für die Einrichtung der Lohnklassen oder Lohnstufen (§ 180 RVO). Erscheint die Festsetzung nach den Verhältnissen zur Zeit der Zustimmung billig, so kann die Unbilligkeit nicht durch eine Änderung der Verhältnisse entstehen (vgl. RVA. Entsch. vom 20. April 1920).

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 5 und 6 der Amtl. Nachr. vom 26. Mai und 15. Juni 1920.)

I. Unfallversicherung.

Der Bezug der Zulage zu einer Invalidenrente schließt die Gewährung der Zulage zu einer Verletztenrente aus der Unfallversicherung nicht aus; er kommt nur für die Frage in Betracht, ob Tatsachen vorliegen, welche die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage zur Verletztenrente nicht benötigt wird (3042 S. 329).

Der Anwendung des § 1700 Ziff. 8 RVO., wonach der Rekurs ausgeschlossen ist, wenn es sich um Neufeststellung von Dauerrenten wegen Änderung der Verhältnisse handelt, steht es nicht entgegen, daß der Neufeststellung eine nicht von der Genossenschaft gewährte Heilanstaltspflege voraufgegangen ist (3043 S. 330).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Wenn ein wegen Krankheit ausgesteuertes Pflichtmitglied der Kasse sich weiterversichert, so steht ihm wegen einer neuen Erkrankung, auch wenn sie mit der früheren nicht ursächlich zusammenhängt, ein Anspruch auf Krankenpflege nur dann zu, wenn inzwischen ein Zustand bestanden hat, der weder Heilbehandlung erforderte noch mit Arbeitsunfähigkeit verbunden war. — Dabei reicht als Voraussetzung der Heilbehandlungsbedürftigkeit nicht schon ein bestimmtes (chronisches) Leiden im medizinischen Sinne, sondern nur ein krankhafter Körper- oder Geisteszustand aus, bei dem ohne Fortdauer ärztlicher Behandlung oder arzneilicher Versorgung eine Besserung des Leidens ausgeschlossen oder dessen Verschlimmerung zu erwarten ist (Großer Senat, 2577 S. 319).

Die Krankenpflege als Regelleistung endet, wenn Arbeitsunfähigkeit während der ganzen Krankheitszeit nicht vorgelegen hat, spätestens mit dem Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit (2578 S. 322).

Die Verjährung der Strafverfolgung nach der RVO. (§ 147) ist von Amts wegen zu berücksichtigen (2579 S. 323).

Der Erlaß einer Strafverfügung nach § 1488 RVO. gegen eine Gemeinde ist unzulässig (2580 S. 324).

Ein erkrankter Versicherter, der bereits an seinem Beschäftigungsorte die Krankenpflege in Anspruch genommen hat, kann deren weitere Gewährung an seinem außerhalb des Kassenbezirks belegenen Wohnort nicht verlangen, wenn und solange der Wechsel des Erfüllungsorts eine Umgehung der von der Kasse nach Eintritt des Versicherungsfalls am Beschäftigungsorte bereitgestellten Krankenpflege bedeuten würde (2581 S. 332).

Ersatztatsachen rechnen bei Anwendung der Verordnung über Anwartschaften in der Invalidenversicherung vom 9. 2. 19 (RGBl. S. 191, ArbVers. S. 130) nicht mit (2582 S. 334).

§ 1283 Abs. 3 RVO. betrifft nur die Erneuerung des Versicherungsverhältnisses durch freiwillige Beitragsleistung. Wird das Versicherungsverhältnis von einem Versicherten, der das 40., aber nicht das 60. Lebensjahr vollendet hat, auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung erneuert, so gilt für das Wiederaufleben der Anwartschaft die Regel des § 1283 Abs. 1; die zur Erfüllung der neuen Wartezeit erforderlichen 200 Beitragsmarken brauchen nicht sämtlich Pflichtmarken zu sein (2583 S. 336).

B. Allgemeines.

Ist im Beschlußverfahren des OVA. Vorentscheidung zulässig? — Kosten einer im Aufsichtswege angeordneten Revision der Geschäftsführung einer Krankenkasse.

Beschluß des bayer. Landesversicherungsamts v. 17. November 1919 (Mitt. 1920 S. 52).

Gegen die Vorentscheidung vom 12. August 1919 bestehen formelle Bedenken. Das Oberversicherungsamt setzt voraus, daß auch im Verfahren der Beschlußkammer Vorentscheidungen in demselben Umfange zulässig seien wie in Spruchsachen. Diese Frage ist aber nicht so zweifelsfrei zu bejahen, als dies das Oberversicherungsamt annimmt. Die Reichsversicherungsordnung enthält an sich keine Bestimmung, durch welche die Vorentscheidung in das Beschlußverfahren eingeführt worden wäre. Eine solche Bestimmung war auch um so weniger notwendig, als ohnedies die meisten Angelegenheiten des Beschlußverfahrens im Bürowege erledigt werden. Auch die grundsätzl. Entsch. des Reichsversicherungsamts Nr. 1915, Amtl. Nachr. 1914 S. 741, bezieht sich nur auf das Verfahren vor dem Versicherungsamt und leitet die Befugnis, eine Vorentscheidung zu erlassen, ausdrücklich aus dem § 60 der Versicherungsamtsordnung ab. Die Oberversicherungsamtsordnung enthält aber keine ähnliche Bestimmung. Das Landesversicherungsamt braucht jedoch auf diese Bedenken nicht weiter einzugehen; denn nach dem Inhalt der Beschwerdeschriften haben die Kassenvorstände gegen den Beschluß des Versicherungsamts nur eingewendet, daß die Kassen durch die Anordnung zu sehr belastet würden. Sie haben aber nicht behauptet, daß die Anordnung rechtlich nicht begründet sei oder ein Recht der Kasse verletze oder die Kasse mit einer rechtlich nicht begründeten Verbindlichkeit belaste. Nur im letzteren Fall ist die Entscheidung des Oberversicherungsamts der Beschlußkammer vorbehalten. Im vorliegenden Fall konnte das Oberversicherungsamt ohne Verstoß gegen § 377 Abs. 2 RVO. die Beschwerde ohne Zuziehung der Beschlußkammer vorbescheiden.

Das Landesversicherungsamt vermag deshalb in die sachliche Würdigung der Beschwerden einzutreten. Diese hat folgendes Ergebnis:

Die Beschwerdeführer stützen auch jetzt ihre Beschwerden nicht darauf, daß das Versicherungsamt zu seiner Anordnung kein Recht habe. Allein das Landesversicherungsamt kann ebensowenig wie das Oberversicherungsamt an der Prüfung dieser Befugnis vorübergehen. Nach § 342 RVO. hat der Vorstand die Kasse zu verwalten, und nach § 23 RVO. hat er die Pflicht der getreuen Geschäftsverwaltung, wie sie ein Vormund gegenüber seinem Mündel hat. Zu einer treuen und gewissenhaften Führung der Geschäfte, wie sie § 1789 BGB. verlangt, gehört aber nicht bloß die ständige Überwachung der mit der Kassen- und Rechnungsführung betrauten Angestellten, sondern unter Umständen auch eine außerordentliche fachmännische Prüfung der gesamten Geschäftsführung. Darüber, daß solche Revisionen besonders da notwendig sein werden, wo der Kassenvorstand selbst nicht die erforderliche Sachkunde besitzt, besteht kein Zweifel (vgl. Z. 3 der Entschl. des Staatsmin. d. J. vom 2. Februar 1916 über die Kassen- und Rechnungsführung der Krankenkassen usw., MinABl. S. 9 ff., Arbeiterversorgung Bd. 12 S. 217). Auch unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes, nach welchem der Vorstand der Kasse gegenüber ebenso haftete wie ein Vormund (§ 42 Abs. 1 KrVG.), bestand die Auffassung, daß auch solche außerordentliche Revisionen der Kasse zu den Obliegenheiten gehören, deren Erfüllung nach § 45 Abs. 5 des Gesetzes von der Aufsichtsbehörde angeordnet und deren Kosten der Kasse auferlegt werden können (vgl. Arbeiterversorgung Bd. 13 S. 370). An der gesetzlichen Grundlage der Beschlüsse der Vorinstanzen ist deshalb nicht zu zweifeln....

Anmerkung: Zum ersten Punkte der vorstehenden Entscheidung ist zu bemerken, daß die Zulässigkeit einer Vorentscheidung im Beschlußverfahren des Oberversicherungsamts verneint worden ist in der Auskunft der ArbVers. 1915 S. 72 Ziff. 6a und von Baum daselbst 1918 S. 253. Dem entgegen hat das Reichsversicherungsamt in einer (nicht als grundsätzlich bezeichneten) Entscheidung v. 12. 6. 18 (Entsch. u. Mitt. des RVA. 9 S. 420) die Zulässigkeit, unter Bezugnahme auf die auch in unserer Auskunft erwähnte und gewürdigte Entsch. 1915, Amtl. Nachr. 1914 S. 741, bejaht, „weil die Zulässigkeit der Vorentscheidung im Beschlußverfahren des Versicherungsamts aus den allgemeinen Vorschriften der RVO. für das Beschlußverfahren (§§ 1780 bis 1790) hergeleitet ist und diese Vorschriften für das Verfahren vor dem Oberversicherungsamte nichts Gegenteiliges enthalten". Inwiefern aber aus den §§ 1780 bis 1790 die Zulässigkeit einer Vorentscheidung im Beschlußverfahren des Versicherungsamts hergeleitet werden könnte, wenn sie nicht im § 60 der Verordnung über das Verfahren der Versicherungsämter ausdrücklich ausgesprochen wäre, das klarzulegen, hat das Reichsversicherungsamt vermieden. Auch das bayer. Landesversicherungsamt hat nach der vorstehenden Entscheidung die grundsätzl. Entsch. des RVA. 1915 offenbar dahin verstanden, daß die Zulässigkeit einer Vorentscheidung im Beschlußverfahren des Versicherungsamts nur aus § 60 der erwähnten Verordnung hergeleitet ist. Beim Mangel einer entsprechenden Bestimmung für das Oberversicherungsamt hätte das Landesversicherungsamt wohl kaum im Sinne des RVA. entschieden. Nur weil es aus einem besonderen Grunde auf die Entscheidung der Frage nicht ankam, konnte das LVA. sich begnügen, zu erklären, die Frage sei „nicht so zweifelsfrei zu bejahen, als das Oberversicherungsamt annimmt".

C. Zur Krankenversicherung.

Beschäftigungsort bei Bau-(Dachdecker-) arbeiten.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) vom 24. Februar 1920.

.... Unstreitig hat der Kläger in der Zeit vom 11. Juli bis 14. August 1917 im Betriebe der Bedachungsfirma E. in L., und zwar lediglich auf der Arbeitsstätte in Z. gearbeitet. Die Arbeiten der genannten Firma an diesem Orte nahmen mehrere Monate (vom 26. Juli bis zum 15. September 1917) in Anspruch und erforderten durchschnittlich 20 Arbeitskräfte. Für die Leitung der Arbeiten hatte der Dachdeckermeister E. seinen Aufenthalt von L. nach Z. verlegt. Es handelte sich hiernach um Arbeiten von erheblichem Umfange und erheblicher Dauer, die nicht mehr als „einzelne Arbeiten" im Sinne des § 153 Abs. 2 bis 4 RVO. angesehen werden können, sondern eine eigene Arbeitsstätte der Firma in Z. begründeten. Da auch die Fälle der §§ 154 bis 156 vorliegend nicht gegeben sind, so kommt für die Bestimmung des Beschäftigungsorts nur § 153 Abs. 1 RVO. in Betracht. Danach ist Beschäftigungsort derjenige Ort, an dem die Beschäftigung des Klägers tatsächlich stattgefunden hat, d. h. die Gemeinde Z. (zu vgl. Entsch. 2567, Amtl. Nachr. des RVA. 1920 S. 180). Nach dem § 234 war der Kläger zur Zeit seiner Erkrankung daher Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises B., in deren Bezirk die genannte Ortschaft gelegen ist.

Nach alledem war die Entscheidung des Oberversicherungsamtes wegen Verletzung des bestehenden Rechts nach § 1697 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung aufzuheben und nach § 1725 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung die Sache an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen.

Das Oberversicherungsamt wird bei der erneuten Verhandlung insbesondere zu prüfen haben, ob und inwieweit in diesem Verfahren eine Verurteilung der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises B. zur Leistung des dem Kläger zustehenden Krankengeldes in Betracht kommt, und des weiteren, ob und in welchem Umfange der von der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Leipzig erhobene Rückforderungsanspruch gerechtfertigt ist. In dieser Beziehung wird auf die Ausführungen der Revisionsentsch. 2559 (Amtl. Nachr. des RVA. 1920 S. 169) hingewiesen. Eine Entscheidung über diese Frage würde sich erübrigen, wenn auf der Grundlage des vorliegenden Erkenntnisses eine Einigung unter den beteiligten Krankenkassen erfolgte (zu vgl. § 224 Nr. 2 RVO.).

Wechsel des Erfüllungsorts nach Inanspruchnahme der Krankenpflege am Beschäftigungsorte.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 18. Mai 1920 (2581 Amtl. Nachr. 1920 S. 332).

Der Kläger arbeitete im Jahre 1918 bei der Firma O. in D. als Monteur und war dadurch Mitglied der beklagten Krankenkasse geworden. Seine Familienwohnung hatte er in B. in Oldenburg, in D. hatte er nur ein „Logis", seit Ostern hatte er seine Familie in B. nur zweimal besucht. Am 10. Juli 1918 erkrankte er, anscheinend an Grippe mit Rippenfell- und Lungenentzündung. In den nächsten Tagen suchte er wiederholt den Kassenarzt Sanitätsrat Dr. J. in D. auf, der ihn vom 10. Juli ab krank und arbeitsunfähig schrieb, aber die von ihm nachgesuchte Aufnahme ins Krankenhaus ablehnte. Der Kläger zog darauf den Nichtkassenarzt Dr. Sch. in D. zu Rate und wandte sich mit dessen Rezept erneut an Dr. J. wegen Krankenhausbehandlung. Als von diesem wiederum und demnächst auch von der Beklagten die Krankenhausbehandlung verweigert wurde, reiste der Kläger am 18. Juli in Begleitung seiner Ehefrau, die er nach D. hatte kommen lassen, nach B. ab und ließ sich dort ins Krankenhaus aufnehmen, wo er bis zum 19. September 1918 blieb. Er verlangt von der Beklagten Erstattung der Kosten des Dr. Sch. mit 20 ℳ, der ärztlichen Behandlung in B. mit 95 ℳ und der Arzneikosten in B. mit 31 ℳ. Das Versicherungsamt hat die Beklagte zur Zahlung nach dem Antrag des Klägers verurteilt; es nimmt an, der Kläger habe die Krankenhilfe sowohl in D. wie in B. verlangen können, im übrigen habe er Anspruch auf Krankenhausbehandlung gehabt, da sich Dr. J. nicht weiter um ihn gekümmert habe und er in seinem Logis ohne jede Hilfe und Wartung gewesen sei.

Auf die Berufung der Beklagten hat das Oberversicherungsamt das Urteil des Versicherungsamts aufgehoben und dem Kläger eine Gebühr von 4 ℳ auferlegt. Es verneint im Gegensatze zum Versicherungsamte, daß auch B. Erfüllungsort für den Anspruch auf Krankenpflege gewesen sei; jedenfalls hält es den Kläger nicht für berechtigt, nachdem er einmal die Krankenpflege in D. in Anspruch genommen habe, ohne Zustimmung der Kasse die Weitergewährung der Krankenhilfe in B. mit der Begründung zu verlangen, daß er auch in B. einen Wohnort habe.

Die vom Kläger eingelegte Revision ist vom Reichsversicherungsamt zurückgewiesen worden aus folgenden G r ü n d e n :

Die vom Oberversicherungsamte verneinte Frage, ob B., wo der Kläger seinen Familienhaushalt hatte, als Wohnort im Sinne der Reichsversicherungsordnung zu gelten habe, konnte dahingestellt bleiben. Sie ist für einen Fall von der Art des hier vorliegenden, wo das Mitglied an einem weit von seinem Wohnort entfernt liegenden Orte beschäftigt und längere Zeit hindurch nicht an seinen Wohnort zurückgekehrt war, also seine Beziehungen zu dem Wohnort sicherlich vorübergehend gelöst hatte, vom Reichsversicherungsamte noch nicht grundsätzlich entschieden, vielmehr in der Revisionsentsch. 2505 (Amtl. Nachr. 1919 S. 274) offengelassen

worden. Zu ihrer grundsätzlichen Entscheidung lag hier kein Anlaß vor, da, selbst wenn die Frage zu bejahen wäre, B. aus den im folgenden dargelegten Gründen für den vorliegenden Versicherungsfall nicht mehr als Erfüllungsort in Betracht gekommen sein würde.

Geht man von der Annahme aus, daß der Kläger zwei Erfüllungsorte im Sinne der Reichsversicherungsordnung, nämlich am Beschäftigungsort in D., mithin im Kassenbezirk, und an seinem Wohnort in B., also außerhalb des Kassenbezirkes, gehabt hat, so hatte er zunächst die Wahl, ob er die Krankenpflege in D. oder in B. in Anspruch nehmen wollte. Er hat die Krankenpflege in D. in Anspruch genommen, indem er den dortigen Kassenarzt Dr. J. in der Zeit vom 10. bis zum 17. Juli wiederholt aufsuchte und sich von ihm krank und arbeitsunfähig schreiben ließ. Er hat somit gewählt, und es fragt sich, ob nicht damit B. für den in Rede stehenden Versicherungsfall seine Bedeutung als Erfüllungsort verloren hat.

Die Frage ist in der Revisionsentsch. 2530 (Amtl. Nachr. 1919 S. 352) für einen besonderen Fall bereits entschieden, nämlich dahin, daß der erkrankte Versicherte die weitere Gewährung der Krankenpflege an seinem außerhalb des Kassenbezirkes belegenen Wohnort, also an dem anderen, als dem zunächst gewählten Erfüllungsorte, jedenfalls dann verlangen kann, wenn auf einen Heilerfolg am Beschäftigungsorte nicht gerechnet werden kann und ein weiteres Verweilen dort für den Versicherten mit Gefahr für Leib oder Leben verknüpft ist. In jenem Falle wurde festgestellt, daß sich das Mitglied an seinem Beschäftigungsorte die bei seinem Krankheitszustand unerläßliche Pflege und Wartung nicht beschaffen konnte, da seine Schlafstelle dort für einen dauernden Aufenthalt unter den obwaltenden Umständen ungeeignet war, und es der Kasse wegen Platzmangels nicht möglich gewesen wäre, ihn am Beschäftigungsort im Krankenhaus unterzubringen. So lag der Fall hier nach der dem Akteninhalt entsprechenden Feststellung des Oberversicherungsamts nicht. Danach hat der Kläger allerdings von vornherein die Aufnahme ins Krankenhaus angestrebt, der Kassenarzt Dr. J. hat aber Krankenhauspflege zunächst nicht für nötig erachtet, und auch der Nichtkassenarzt Dr. Sch. hat das Bedürfnis nach Krankenhauspflege verneint, letzterer, weil die nötige Pflege im Logis zunächst gewährleistet gewesen sei und sich der Zustand beim zweiten Besuche gebessert habe. Daß die Unterbringung im Krankenhaus in D. nicht möglich gewesen wäre, ist auch nicht festgestellt oder anzunehmen. Dr. J. sagt nur, die Krankenhäuser hätten die Aufnahme solcher leichter Erkrankter abgelehnt. Als Grund seiner Übersiedlung nach B. hat der Kläger beim Oberversicherungsamte selbst angegeben, daß er aus finanziellen Rücksichten nicht in D. habe bleiben können, also nicht, daß der Grund in einem Versagen der von der Beklagten bereitgestellten Krankenpflege gelegen habe. Besondere Umstände nach Art des in der Revisionsentsch. 2530 behandelten Falles lagen hier demnach nicht vor, der Wechsel des Erfüllungsorts war durch die Art der vom Kläger zunächst in Anspruch genommenen, von der Kasse gebotenen Krankenpflege jedenfalls nicht begründet. Dieser Fall wird mithin von der Revisionsentsch. 2530 nicht betroffen, ist vielmehr darin ausdrücklich offengelassen worden, indem dort ausgeführt wurde, es könne dahingestellt bleiben, ob das Mitglied an dem zweiten Erfüllungsort in allen Fällen die Krankenpflege von der Kasse hätte beanspruchen können.

Bei der Entscheidung war einmal davon auszugehen, daß die Krankenkassen die Krankenpflege — abgesehen von Ausnahmefällen (zu vgl. § 193 Abs. 3, §§ 217, 370, 368 Satz 2 RVO.), die hier nicht zutreffen — grundsätzlich als Sachleistung zu gewähren haben. Dies ist in der Revisionsentscheidung 1808 (Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 379) im Hinblick auf den Zweck des Gesetzes grundsätzlich ausgesprochen und es ist dort daraus die Folgerung gezogen worden, daß die Kasse die Beschaffung der ärztlichen Behandlung regelmäßig nicht den Versicherten überlassen, also auch nicht an ihre Stelle einen baren Ersatzanspruch des Versicherten treten lassen dürfe. Als Kehrseite dieser Sachleistungspflicht der Kasse ergibt sich folgerichtig, daß die Mitglieder die Krankenpflege grundsätzlich nur als Sachleistung, also in Natur, verlangen und nur in besonderen Fällen statt dessen Erstattung in Geld fordern können. Besteht die Möglichkeit, die ärztliche Behandlung als Sachleistung entgegenzunehmen — und das ist auch dann der Fall, wenn der Versicherte, wie hier, von zwei Erfüllungsorten den Beschäftigungsort gewählt hat und ihm die Krankenpflege dort ordnungsmäßig geboten worden ist — so muß es, solange nicht besondere Umstände eine Änderung rechtfertigen, dabei bewenden, das Mitglied kann mithin nicht willkürlich vom Anspruch auf die Sachleistung zum Anspruch auf die Ersatzleistung in Geld übergehen.

Aus der Verpflichtung, die Krankenpflege als Sachleistung zu gewähren, folgt, daß die Kassen die dazu erforderlichen Einrichtungen treffen müssen. Da eine allgemeine Behandlungspflicht der Ärzte als Angehöriger eines freien Berufs nicht besteht, müssen die Kassen, worauf auch § 370 RVO. hinweist, die Gewährung ärztlicher Behandlung an ihre Mitglieder durch vertragliche Abmachungen mit den Ärzten, wodurch die Pflicht der Ärzte zur Behandlung der Versicherten grundsätzlich festgelegt wird, sicherstellen (zu vgl. Revisionsentsch. 1808 a. a. O.). Als örtlich begrenzte Einrichtungen können sie naturgemäß nicht überall, sondern regelmäßig nur

in ihrem Bezirke diese Einrichtungen treffen. Aus dieser Verpflichtung der Kassen ergibt sich aber die Verpflichtung der Mitglieder, diese für den Bezirk der Kasse getroffenen Einrichtungen zu benutzen und sie nicht ohne Not zu umgehen. Insbesondere darf es einem erkrankten Versicherten nicht freistehen, einseitig und willkürlich die Rechtslage der Kasse zu ihren Ungunsten zu erschweren. Hieraus hat das Reichsversicherungsamt in der Revisionsentsch. 2144 (Amtl. Nachr. 1916 S. 347) bereits die Folgerung gezogen, daß ein erkrankter Versicherter grundsätzlich den Anspruch auf Krankenpflege verliert, wenn er ohne Genehmigung der Kasse den Kassenbezirk verläßt. Dabei handelte es sich allerdings um einen Fall, wo nur ein Erfüllungsort für die Kasse in Frage kam. Dieselben Erwägungen treffen aber auch für den Fall zu, daß zwar zwei Erfüllungsorte gegeben sind, das Mitglied indessen den einen davon gewählt und keine besondere Veranlassung gehabt hat, von dieser Wahl abzugehen und, statt die Einrichtungen der Kasse weiter zu benutzen, Erstattung in Geld für die weitere ärztliche Behandlung an dem zweiten Erfüllungsorte zu verlangen. Der Versicherte kann durch besondere Umstände außerstande gesetzt sein, sich der von der Kasse bereitgestellten Einrichtungen zu bedienen. So war im Falle der Revisionsentsch. 2267 (Amtl. Nachr. 1916 S. 739) das Mitglied bei einem vorübergehenden Aufenthalt außerhalb des Kassenbezirkes akut erkrankt, so daß sofortige Hilfe an Ort und Stelle nötig wurde und die Möglichkeit entfiel, alsbald in den Kassenbezirk zurückzukehren. Für einen derartigen Fall ist dort grundsätzlich entschieden worden, daß auch der vorübergehende Aufenthaltsort außerhalb des Kassenbezirkes als Erfüllungsort der Kasse zu gelten habe, das Mitglied also nicht lediglich auf die im Kassenbezirke getroffenen Einrichtungen zu verweisen sei. Anderseits ist in dieser Entscheidung hervorgehoben, daß sie nicht auf Fälle anzuwenden sei, wo eine Umgehung der von der Kasse bereitgestellten Krankenpflege nach Eintritt des Versicherungsfalls in Frage komme, da dies zu einer unbilligen Belastung der Kassen führen würde. Liegen solche besonderen Umstände, die dem Mitglied die Benutzung der für den Bezirk getroffenen Einrichtungen für die Krankenpflege unmöglich machen, nicht vor, so kann hiernach dem Mitglied auch eine nachträgliche Verlegung der ärztlichen Behandlung in den zweiten Erfüllungsort nicht zugestanden werden, jedenfalls also dann nicht, wenn die Kasse ihrer Pflicht zur Gewährung ärztlicher Hilfe genügt und der Wechsel, wie hier, auf eine Umgehung der am ersten Erfüllungsorte von der Kasse getroffenen Einrichtungen hinauslaufen würde. In einem solchen Falle ist das Mitglied an den einmal gewählten Erfüllungsort jedenfalls so lange gebunden, als nicht besondere Umstände die Annahme einer Umgehung der von der Kasse gebotenen Krankenpflege ausschließen und den Wechsel des Erfüllungsorts rechtfertigen.

Die hier vertretene Ansicht ist als die in Literatur und Rechtsprechung herrschende zu bezeichnen. Sie wird durchweg daraus hergeleitet, daß der Versicherte, der am Beschäftigungsorte die nötige Wartung und Pflege gefunden hat, nicht die Kasseneinrichtungen umgehen und die Lage der Kasse durch willkürliche Handlungen verschlechtern dürfe (zu vgl. Hoffmann, Kommentar, 5. Aufl., Anm. 3 zu § 182, Hahn, Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Aufl., Anm. 10a zu § 182, Arbeiter-Versorgung 1908 S. 456, 1909 S. 182 und 408, Bayer. Verwaltungsgerichtshof, Entsch. vom 2. März 1896 bei Reger Bd. 17 S. 35, Entsch. desselben vom 9. Februar 1914 in ArbVers. 1914 S. 500, Braunschw. Verwaltungsgerichtshof, Entsch. vom 21. November 1905 bei Reger Bd. 26 S. 236, desgleichen in ArbVers. 1906 S. 618, Sächs. Oberverwaltungsgericht, Entsch. vom 8. März 1902 bei Reger Bd. 22, S. 459 und Entsch. vom 27. Juni 1908 bei Reger Bd. 29 S. 378).

Der Gesichtspunkt, daß die Pflicht der Kassen zur Gewährung der ärztlichen Behandlung sich auf das Notwendige beschränkt und die Kassen nicht angehalten werden können, Mehrkosten zu tragen, die durch einen nach den Umständen des Falles nicht gebotenen Wechsel des behandelnden Arztes entstehen, ist auch im § 369 Satz 3 der RVO. zum Ausdruck gelangt; in der Begründung dazu (Entwurf § 377) heißt es (S. 213), es könne den Kassen nicht verwehrt werden, sich gegen willkürliches Wechseln des Arztes zu schützen (zu vgl. Monatsbl. f. Arbeitervers. 1910 S. 139).

Der Kläger ist hiernach des außerhalb des Kassenbezirkes belegenen Erfüllungsortes in B., sofern er ihm ursprünglich zur Verfügung gestanden hatte, nachträglich verlustig gegangen. Damit rechtfertigt sich seine Abweisung mit den Ansprüchen auf Erstattung der Kosten der ärztlichen Behandlung und der Arzneikosten in B. Der Anspruch auf Erstattung der Kosten des Nichtkassenarztes in D. war ohne weiteres deshalb unbegründet, weil dem Kläger in D. der Kassenarzt zur Verfügung stand und ein dringlicher Fall nach § 368 RVO., wie das Oberversicherungsamt ohne Rechtsirrtum festgestellt hat, nicht vorlag.

D. Zur Unfallversicherung.

Unfall in einem widerrechtlich aufgesuchten Betriebsraum — kein Betriebsunfall.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 13. April 1920 (I a 49/18. 10 B).

Das Reichsversicherungsamt hat folgenden Tatbestand für erwiesen erachtet: Der Vorarbeiter P. hatte während der Nachtschicht vom 5. zum 6. Mai 1917 den Obermeister des Walzwerks L. um Erlaubnis gebeten, sofort nach Beendigung der Nachtschicht, die um 6 Uhr erfolgte, nach Hause gehen zu dürfen; er wollte, wie er dem Mitarbeiter M. mitgeteilt hatte, in seinem Milchgeschäft tätig sein. Der Urlaub wurde ihm abgeschlagen, weil P. noch bis 8 Uhr Reparaturarbeiten zu verrichten hatte. Anstatt diese Arbeiten zu verrichten, hat sich P. nach Beendigung der Nachtschicht in den sonst verschlossenen Hunderaum, zu dem er den Schlüssel hatte, begeben, die Tür von innen abgeschlossen und sich dort schlafen gelegt. Offenbar beabsichtigte er, sich auszuruhen für seine Tätigkeit im Milchgeschäft; im Betriebsinteresse hat er diese Ruhepause zweifellos nicht gemacht, denn er hat sich von der Arbeit, die er noch bis 8 Uhr zu verrichten hatte, widerrechtlich entfernt. Hiernach hat der Senat als erwiesen angenommen, daß P. nicht mehr im Betriebe war, als er Schaden an seiner Gesundheit erlitt, daß er, vielmehr damals entgegen seinen Pflichten im rein persönlichen Interesse heimlich einen dafür ungeeigneten Betriebsraum zum Schlafen benutzte. Schon hiernach sind die Entschädigungsansprüche der Hinterbliebenen unbegründet. Es kommt hinzu, daß nicht als erwiesen angenommen werden kann, daß P. eine tödliche Kohlenoxydgasvergiftung erlitten hat. Nach dem Gutachten des Kreisarztes Dr. M. und Dr. K. vom 4. Juni 1917, welches auf der Öffnung der Leiche und einer chemischen und spektroskopischen Untersuchung des Blattes beruht, ist eine Kohlenoxydgasvergiftung nicht wahrscheinlich; der Tod ist an Lungenentzündung erfolgt. Auch aus den Zeugenaussagen und dem Gutachten des Gewerbeinspektors Appelius erhellen keine Tatsachen, auf welche die Annahme, daß wenigstens wahrscheinlich eine Kohlenoxydgasvergiftung stattgehabt hat, gestützt werden könnte.

Bezug der Zulage zur Verletztenrente neben der Zulage zur Invalidenrente.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 20. Dezember 1919 (3042 Amtl. Nachr. 1920 S. 329).

Das Rekursgericht ist der Auffassung, daß der Bezug der Zulage zu einer Rente aus der Invalidenversicherung die Gewährung der Zulage zu einer Verletztenrente aus der Unfallversicherung rechtlich nicht ausschließt. Die bezeichneten Zulagen stehen in keiner inneren Beziehung zueinander. Die Voraussetzungen für die Gewährung der beiden Zulagen sind nach den grundlegenden Bekanntmachungen des Reichskanzlers vom 3. und 17. Januar 1918 (Reichs-Gesetzbl. S. 7 und 31) wesentlich verschiedene. Nach dem klaren Wortlaut dieser Bekanntmachungen hängt die gleichzeitige Gewährung beider Zulagen allein davon ab, ob die positiven und negativen Voraussetzungen der beiden Bekanntmachungen erfüllt sind. Wäre es die Absicht des Gesetzgebers gewesen, den Bezug der Zulage zur Verletztenrente neben der Zulage zu einer Rente aus der Invalidenversicherung auszuschließen, so hätte er dies durch eine entsprechende Fassung der Vorschriften zum Ausdruck gebracht. Nur tatsächlich kommt der Bezug einer Rente aus der Invalidenversicherung bei Prüfung der Frage in Betracht, ob Tatsachen vorliegen, welche die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage zur Verletztenrente nicht benötigt wird (zu vgl. Reißer: „Zweifelsfragen bei der Ausführung der Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 über die Gewährung von Zulagen zu den Verletztenrenten aus der Unfallversicherung" in der Zeitschrift „Die Berufsgenossenschaft" 1918 S. 35 und Ostern: „Einige Fragen aus der Verordnung über die Unfallrentenzulagen [vom 17. Januar 1918]" in der Monatsschr. f. Arb. u. AngestVers. 1918 Sp. 183).

Form der Anmeldung eines Ersatzanspruchs der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft (§§ 1501 ff., 1508 RVO.).

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) v. 7. Januar 1920.

Die klagende Ortskrankenkasse forderte von der beklagten Berufsgenossenschaft gemäß §§ 1501 ff. RVO. Ersatz aus der für den Verletzten festgestellten Unfallentschädigung und erhob zugleich Einspruch gegen die Höhe der festgesetzten, als zu niedrig bemängelten Rente. Sie hatte in der Frist des § 1508 Abs. 1 RVO. wiederholt bei der Berufsgenossenschaft angefragt, wie das Rentenfeststellungsverfahren stehe und ob die Fürsorge nach Ablauf der 13. Woche übernommen werde.

Das Versicherungsamt hat die Klage abgewiesen, weil es eine hinreichend deutliche Anmeldung des Ersatzanspruchs (Lehmann, Anm. 7 zu § 1508) innerhalb der Frist des § 1508 Abs. 1 vermißte. Auf Berufung der Kasse hat das Oberversicherungsamt das Urteil aufgehoben und den Anspruch der Kasse dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Auf Revision der Genossenschaft hat das Reichsversicherungsamt, unter Aufhebung des angefochtenen Urteils die Sache an das Oberversicherungsamt zurückverwiesen aus folgenden Gründen:

Dem Oberversicherungsamt ist darin beizutreten, daß die Klägerin ihren Ersatzanspruch recht-

zeitig bei der Beklagten angemeldet hat. Als sie innerhalb der gesetzlichen Ausschlußfrist mehrmals bei der Beklagten anfragte, ob diese die Fürsorge nach Ablauf der 13. Woche übernehme, oder ob die Klägerin sie weiterführen solle, konnte es der Beklagten nicht entgehen, welchen Zweck diese Anfragen verfolgten. Es war selbstverständlich, daß die Klägerin damit die bevorstehende Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs anzeigte, denn ein anderer Grund für ihre Erkundigungen ist nicht wohl denkbar. Auch die Beklagte hat offenbar die Vorgänge richtig gewürdigt. Denn sie hat der Klägerin, ohne daß diese in anderer Weise darum nachgesucht hätte, von ihrem einstweiligen Rentenbescheide Mitteilung gemacht.

Im vorliegenden Streitverfahren hat die Klägerin auch gegen die Höhe der festgesetzten Rente Einspruch erhoben. Hier hängt also die Festellung der zu erstattenden Summe auch von der Bestimmung der Höhe der Unfallrente ab. Solange über letztere nicht entschieden ist, kann somit der Erstattungsanspruch nicht lediglich dem Grunde nach erledigt werden. Wenn das Oberversicherungsamt bei dieser Sachlage den Klageanspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt hat, so liegt darin ein Mangel des Verfahrens, deshalb war die Sache unter Aufhebung des Urteils an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen. Dieses wird die Entscheidung gegebenenfalls auszusetzen haben, bis über die Rentenhöhe befunden ist.

E. Zur Militärversorgung.

Kriegsdienstbeschädigung eines Heeresbeamten im Heimatgebiet.

Urteil des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 16. Dezember 1919 (M. 114/19).

Gemäß § 32 in Verbindung mit § 12 des OPG. vom 31. Mai 1906 haben die Beamten des Reichsheeres neben der ihnen auf Grund des Reichsbeamtengesetzes zustehenden Pension Anspruch auf eine Kriegszulage, wenn sie infolge einer durch den Krieg erlittenen Dienstbeschädigung pensionsberechtigt geworden sind. Der Anspruch auf die Kriegszulage ist also für Beamte dann begründet, wenn die Dienstunfähigkeit, die nach § 34 des Reichsbeamtengesetzes vom 18. Mai 1907 die Voraussetzung der Pensionierung ist, die Folge einer Dienstbeschädigung ist und der Beamte diese Dienstbeschädigung durch den Krieg erlitten hat.

Ebenso wie das Berufungsgericht hat das Reichs-Militärversorgungsgericht die Überzeugung gewonnen, daß das Nervenleiden des Klägers sich als eine Dienstbeschädigung im Sinne des § 5 des OPG. darstellt, die durch den Krieg erlitten ist.

Der Kläger ist als Bekleidungsamts-Inspektor schon vor dem Kriege und während des Krieges bis zu seiner Pensionierung beim Kriegsbekleidungsamt in L. tätig gewesen. In dieser Stellung hatte er in den ersten Monaten des Krieges bis Ende Februar 1915 die Versandabteilung des Amtes allein zu leiten. Außerdem lag ihm die Abrechnung mit den Truppenteilen, die Frachtkostenberechnung und die Geräteverwaltung ob. Diese Dienstgeschäfte wuchsen infolge der Mobilmachung nicht nur in dem Maße, wie dies allgemein bei der Mehrzahl der militärischen Betriebe im Kriege der Fall war, sondern sie nahmen infolge der Ausdehnung und Entwicklung des Krieges einen ganz unverhältnismäßig großen, über alle Erwartungen hinausgehenden Umfang an und belasteten den Kläger mit einer die frühere Bedeutung seiner dienstlichen Stellung weit übersteigenden Verantwortung. Zu der Versorgung der nach dem Mobilmachungsplan für das Feld bestimmten Truppen und der in der Heimat bleibenden Ersatztruppenteile des Korpsgebietes mit Kleidung und Ausrüstung kamen bereits im ersten Monat des Krieges umfangreiche überplanmäßige Neuaufstellungen von Truppenverbänden, die wegen der damaligen Kriegslage in kürzester Zeit für das Feld ausgestattet werden mußten, ferner die Unterstützung, die das Kriegsbekleidungsamt L. ganz unerwartet sowohl der württembergischen Heeresverwaltung bei der Aufstellung der 54. Reserve-Division als auch den unzureichend ausgerüsteten österreichisch-ungarischen Etappenformationen gewähren mußte. Die Anforderungen, die die Feldtruppen zur Ergänzung ihrer Bekleidung und Ausrüstung an das Kriegsbekleidungsamt stellten, überstiegen gerade im ersten halben Jahre des Krieges an Umfang und Dringlichkeit infolge der außerordentlich starken Gefechtsausfälle bei weitem alle Erwartungen und Berechnungen. Oft jagte eine telephonische oder telegraphische Anforderung die andere. So stand der Dienstbetrieb des Bekleidungsamtes unter einem dauernden Druck der Front. Die Kriegsereignisse, die die zum Versorgungsbereich des Kriegsbekleidungsamts gehörende kämpfende Truppe trafen, äußerten ihre unmittelbaren Rückwirkungen auf dessen Dienstbetrieb und bewirkten durch ihren unvorhergesehenen Eintritt eine Unstetigkeit im Geschäftsgang, die jedes Vorarbeiten oder Bereitstellen ausschloß. Dazu fehlte es an geeigneten und ausreichenden Hilfskräften. Die eingerichteten und im Frieden ausgebildeten Beamten mußten an die Front; ständig wechselte das Personal der Abteilung. Für diesen ganz außergewöhnlich gesteigerten und erschwerten Betrieb in der Versandabteilung war der Kläger seinem unmittelbaren Vorgesetzten, dem Generalmajor z. D. S., allein verantwortlich. Er

war sich der Bedeutung seiner Stellung bewußt, er erkannte die ungeheure Tragweite seiner Tätigkeit, wußte, daß das geringste Versagen die verhängnisvollsten Folgen für das Schicksal der kämpfenden Truppe haben konnte. Er war gezwungen, unter Aufbietung seiner äußersten Kräfte täglich von Tagesanbruch bis in die späten Nachtstunden Dienst zu tun. Innehaltung der Mahlzeiten, Ausspannung an Sonn- und Feiertagen war ihm nicht möglich. Sein ausgeprägtes Pflichtgefühl gestattete ihm kein Ausruhen; er kannte keine Rücksichtnahme auf seine Gesundheit, sein Dienst war ein ständiges Hasten, Hetzen und Jagen. Die Sorge, seinen schweren Pflichten gerecht zu werden, das drückende Gefühl, mit oft unzulänglichen Mitteln und Kräften den ungeheuren Anforderungen nicht genügen zu können und dafür womöglich verantwortlich gemacht zu werden, ließen ihn nicht zur Ruhe kommen. Das Bewußtsein der auf ihm lastenden großen Verantwortung für das Wohl und Wehe von Tausenden, die im schwersten Kampfe gegen einen vorzüglich ausgerüsteten Gegner standen, lag ständig mit erdrückender Schwere auf ihm. Dazu kam, daß er als einziger Heeresbeamter des Friedensstandes innerhalb des ganzen Bekleidungsamtes dauernd von Offizieren und Beamtenstellvertretern in solchen dienstlichen Angelegenheiten, die nicht auf seinem eigentlichen Tätigkeitsfelde lagen, um Rat und Auskunft gefragt wurde. Dadurch war er genötigt, sich auch in sie zu vertiefen und somit noch in anderen ihm nicht unterstellten Abteilungen mitzuarbeiten. Der Druck der militärischen Disziplin verbot es ihm, der schon infolge eigener Überbürdung fortgesetzt die Grenzen seiner körperlichen und geistigen Kräfte überschritt, sich diesen Mehrarbeiten zu entziehen.

Während der ersten sieben Monate des Krieges arbeitete der Kläger unter diesen Verhältnissen. Ein solcher Dienstbetrieb unterscheidet sich wesentlich sowohl von dem Dienste der Zivilbeamten während der Kriegszeit als auch von dem der Militärbeamten im Frieden. Er ist begründet durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse, wie sie sich im Kriege gestaltet haben. Der Kläger, der noch im besten Mannesalter von 50 Jahren steht, hätte trotz einer bei ihm schon früher vorhanden gewesenen Schwäche des Nervensystems, die bereits in den Jahren 1902/03 ein zeitweiliges Aussetzen bedingte, nach der Überzeugung des Senats noch lange Zeit im Dienste verbleiben können, wenn nicht die *außerordentlichen Anstrengungen und Aufregungen, die sich aus der Eigenart des militärischen Unterordnungsverhältnisses und den Beziehungen seiner dienstlichen Stellung zur kämpfenden Truppe ergaben*, in der Zeit von August 1914 bis Februar 1915 seinen Gesundheitszustand derart untergraben hätten, daß schließlich ein völliger Nervenzusammenbruch eintrat. Nur infolge dieser Einflüsse ist sein wohl im Keime noch vorhanden gewesenes Nervenleiden derartig verschlimmert worden, daß er zur Erfüllung seiner Amtspflichten nicht mehr imstande ist. Da hiernach seine Dienstunfähigkeit die Folge einer durch den Krieg erlittenen Dienstbeschädigung ist, hat er neben dem Anspruch auf Pension auch Anspruch auf eine Kriegszulage.

Anmerkung: Zu vgl. die abweichende Entscheidung des Militärversorgungsgerichts Münster im Heft 14 S. 270.

Pension wiederverwendeter Offiziere.

Urteile des **Reichs-Militärversorgungsgerichts:**
a) 1. Sen. v. 25. November 1919 (M. 3/19);
b) 2. Sen. v. 17. Dezember 1919 (M. 160/19).

a)

Der § 10 des OPG. findet, wie das Militärversorgungsgericht zutreffend angenommen hat, auf die aus Veranlassung einer Mobilmachung zum aktiven Militärdienst wieder herangezogenen pensionierten Offiziere keine Anwendung. Die Pension wiederverwendeter Offiziere wird vielmehr in einem besonderen Abschnitt des Offizierpensionsgesetzes, und zwar im § 8, der die Überschrift trägt: „Steigen der Pension der wiederverwendeten Offiziere", erschöpfend und ausschließlich geregelt. Danach findet bei wiederverwendeten Offizieren allgemein ein Steigen der Gebührnisse nur in der Weise statt, daß die Pension mit jedem weiteren Dienstjahre nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 um $^1/_{60}$ oder $^1/_{120}$ bis auf $^{45}/_{60}$ des der Pensionsberechnung zugrunde liegenden Diensteinkommens erhöht wird. Dies gilt sowohl für diejenigen Offiziere, welche in den im Militär- oder Marineetat für pensionierte Offiziere vorgesehenen Stellen Verwendung finden (§ 8 Absatz 1), wie auch für die aus Veranlassung einer Mobilmachung zum aktiven Militärdienst wieder herangezogenen pensionierten Offiziere (§ 8 Abs. 2). Die im Kriege wieder herangezogenen Offiziere haben danach auch dann nur Anspruch auf Erhöhung ihrer bisher bezogenen Pension um die bezeichneten Sechzigstel oder Hundertzwanzigstel, wenn sie während ihrer Heranziehung zu einem höheren Dienstgrad unter Gewährung der entsprechenden Bezüge befördert oder mit einer Kriegsstelle, die einer höheren Friedensstelle entspricht, beliehen worden sind. Mit dieser Rechtsauffassung steht auch die Tatsache im Einklang, daß der § 24 Abs. 1 Nr. 2 des OPG. das Ruhen des Rechts auf den Bezug der Pension für die Dauer der vorübergehenden Heranziehung zum aktiven Militärdienst und der § 25 Abs. 3 beim Aufhören der Verwendung das Wiederaufleben dieses Rechts vorschreibt. Hätte der Gesetzgeber gewollt, daß beim Rücktritt in den Pensionsstand eine

neue Pensionierung im Sinne des § 10 des OPG. stattfinden solle, so würde er, wie bei den in Stellen des aktiven Militärdienstes „wiederangestellten" Offizieren (§ 22 Nr. 1), für die Dauer der Wiederverwendung das Erlöschen des Rechts auf den Bezug der Pension vorgeschrieben haben. Das Fehlen einer solchen Vorschrift beweist, daß eine Neufeststellung der Pension der wiederverwendeten Offiziere nach Maßgabe des § 10 ausgeschlossen ist. Daß diese Offiziere gegenüber den aktiven Offizieren eine Sonderstellung einnehmen, folgt übrigens auch aus § 12 Abs. 2 des OPG., wonach der Anspruch eines wiederverwendeten Offiziers auf Kriegszulage im Gegensatze zu dem Anspruche aktiver Offiziere auf eine solche von dem Grunde der Pensionsberechtigung, die ja bereits vor der Wiederverwendung bestand, unabhängig ist. Es ist allerdings nicht zu verkennen, daß die ausschließliche Anwendung des § 8 Abs. 2 des OPG. auf die wiederverwendeten Offiziere unter Umständen zu Härten führt, und zwar insbesondere dann, wenn solche Offiziere in vollkommen gleicher Weise wie ihre im aktiven Dienst verbliebene Kameraden an Kampfhandlungen teilgenommen haben. Zur Beseitigung der hierin liegenden Unbilligkeiten werden daher diesen Offizieren im Verwaltungswege widerrufliche Zuschläge auf Grund der Bekanntmachung vom 31. Juli 1918 (AVBl. 1918 S. 432) gewährt. Das Reichs-Militärversorgungsgericht ist aber angesichts der zwingenden Vorschriften des Gesetzes außerstande, die von dem Kläger begehrte Erhöhung der Pension eintreten zu lassen, wie denn auch bereits das Reichsgericht in seiner Entscheidung vom 28. Februar 1919 — Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 95 S. 89 — und in überwiegendem Maße die Literatur (vgl. den Aufsatz von Dr. Zilligus in der „Deutschen Juristenztg." 1915 S. 814; v. Olshausen-Dorn, Versorgungsansprüche S. 93; ferner „Juristische Wochenschrift" 1919 S. 577) hinsichtlich der ausschließlichen Anwendbarkeit des § 8 Abs. 2 des OPG. auf die wiederverwendeten Offiziere den gleichen Standpunkt eingenommen haben.

b)

Nach § 8 Abs. 1 des OPG. steigt die Pension der Offiziere, die in den im Militär- oder Marineetat für pensionierte Offiziere vorgesehenen Stellen Verwendung finden, nach einer Gesamtdienstzeit von mindestens zehn Jahren mit jedem weiteren Dienstjahre nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 um $^1/_{60}$ oder $^1/_{120}$ des der Pensionsberechnung zugrunde liegenden Diensteinkommens. Für die aus Veranlassung einer Mobilmachung zum aktiven Militärdienst wieder herangezogenen pensionierten Offiziere gilt nach Abs. 2 Satz 1 das gleiche. Eine Ausnahme enthält für diese Offiziere Satz 2 des Abs. 2; nach ihm soll schon eine Wiederverwendung von mindestens 60 Tagen aus Veranlassung einer Mobilmachung die Anrechnung eines weiteren Dienstjahres dann zur Folge haben, wenn durch die Zeit der Wiederverwendung ein weiteres Dienstjahr nicht vollendet ist. Der Wortlaut dieser Ausnahmevorschrift im Vergleich mit Abs. 1 läßt keinen Zweifel, daß der Gesetzgeber beabsichtigt hat, die Vergünstigung des Abs. 2 Satz 2 nur denjenigen Offizieren zuteil werden zu lassen, die ein weiteres Dienstjahr durch ihre Wiederverwendung nicht vollendet haben, so daß die Vorschrift also im Falle der Vollendung eines weiteren Dienstjahres keine Bedeutung hat. Im allgemeinen soll die Erhöhung nur bei vollen Dienstjahren eintreten.

Die Dienstzeit des Klägers vor seiner Wiederverwendung hat 13 Jahre und 69 Tage betragen; im Krieg ist er 4 Jahre und 270 Tage verwendet worden. Seine Gesamtdienstzeit beträgt danach 17 Jahre und 339 Tage; er hat also durch seine Wiederverwendung im Kriege vier weitere volle Dienstjahre vollendet, so daß die Ausnahmevorschrift des § 8 Abs. 2 Satz 2 des OPG. für ihn nicht in Betracht kommt und seine Pension um $^4/_{60}$ zu erhöhen ist.

Die Bewilligung einer Offizierspension mit zeitlicher Begrenzung ist unzulässig.

Urteil des **Militärversorgungsgerichts Breslau** vom 8. April 1920 (M. 166. 19).

.... Dem Kläger ist die Pension zunächst nur auf zwei Jahre zugesprochen und die Weiterbewilligung von einer erneuten Untersuchung abhängig gemacht worden. Die beklagte Behörde beruft sich zur Rechtfertigung dieses Vorgehens einerseits auf § 28 Satz 2 des Offizierpensionsgesetzes, anderseits auf den Umstand, daß Kläger nach ärztlichem Gutachten nur zeitig zwei Jahre zu jedem Militärdienst unfähig sei.

Das Militärversorgungsgericht hat dieses Vorgehen nicht für zuläßig erachtet. Nach § 28 Satz 2 a. a. O. ist die Pension zu gewähren, solange die Dienstfähigkeit infolge der Dienstbeschädigung aufgehoben ist. Der Anspruch auf die Pension besteht also solange, als die Aufhebung der Dienstfähigkeit infolge der Dienstbeschädigung andauert. Dementsprechend muß die Pension ohne weiteres fortgezahlt werden, bis festgestellt ist, daß der Zustand der Aufhebung der Dienstfähigkeit nicht mehr besteht. Derartige Feststellungen können aber nicht mit der nötigen Sicherheit Jahr und Tag vorher getroffen werden. Irrtümer in Voraussagen ärztlicher Sachverständiger sind nicht ausgeschlossen, treten vielmehr erfahrungsgemäß in analogen Fällen durchaus nicht selten ein. Entscheidend darf nur die Tatsache sein, daß jener Zustand wirklich fortgefallen ist.

Wollte man der Auslegung der Beklagten folgen, so würde die Zahlung der Pension nach Ablauf

der Zeit, für welche sie gewährt ist, mit Recht ohne weiteres eingestellt werden, auch dann, wenn etwa zu diesem Zeitpunkte aus irgendwelchen Gründen die erforderliche Nachuntersuchung noch nicht ausgeführt sein sollte, oder sich doch die Militärbehörde wegen der Weitergewährung der Pension noch nicht schlüssig gemacht hätte. Würde dann entschieden, daß die Pension fortzubewilligen sei, so wäre damit festgestellt, daß durch die vorangegangene Einstellung der Zahlung gegen § 28 Abs. 2 verstoßen ist, wonach eben die Pension gewährt werden muß, solange die Dienstfähigkeit infolge der Dienstbeschädigung aufgehoben ist.

Übrigens hat das Reichsversicherungsamt in den eine weitgehende Analogie bietenden Unfallrentensachen an dem Grundsatze festgehalten, daß die Gewährung einer Rente bis zu einem erst in der Zukunft liegenden Zeitpunkt nicht ausgesprochen werden darf. Ebenso wie die Unfallrente wird die Offizierpension nach § 28 a. a. O. nicht für eine im voraus bestimmte Zeitdauer zu gewähren sein, sondern „bis auf weiteres". Durch besonderen Bescheid ist die Zahlung der Pension einzustellen, sobald tatsächlich nach Ansicht der Behörde die gesetzliche Voraussetzung für die Gewährung der Pension (die Aufhebung der Dienstfähigkeit infolge der Dienstbeschädigung) fortgefallen ist.

Die in der Pensionsnachweisung enthaltene ausdrückliche zeitliche Begrenzung der bewilligten Gebührnisse „zunächst für zwei Jahre" mußte daher in Wegfall gebracht werden. — Selbstverständlich bleibt es der Militärbehörde unbenommen, nach pflichtmäßigem Ermessen im vorliegenden Falle rechtzeitig vor Ablauf von zwei Jahren eine Nachuntersuchung des Klägers zu veranlassen und danach weitere Entschließung zu treffen. Einer solchen Nachprüfung seiner Dienstfähigkeitsverhältnisse darf sich der Kläger nicht entziehen. Die von ihm anscheinend gewünschte unbeschränkte Bewilligung der Pension „auf Lebenszeit" ist, wie die Gegenerklärung zutreffend feststellt, in den Fällen des § 28 ausgeschlossen.

Anmerkung: Zu vgl. hinsichtlich der Unfallversicherung Handb. der UnfVers. Bd. 1 S. 473 Anm. 5; hinsichtlich der Invalidenversicherung Kleeis in ArbVers. 1918 S. 384.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Einigung zwischen Ärzten und Krankenkassen.

Da über die Vereinbarungen vom 21. Juni 1920 zwischen den Kassen- und Ärzteverbänden erhebliche Meinungsverschiedenheiten zutage getreten sind, wurde am 18. Juli 1920 folgende Verständigung getroffen:

1. — Um keine Lücke in der geordneten ärztlichen Versorgung der Versicherten entstehen zu lassen, sollen die Ärzte nach den bisherigen oder den noch laufenden Verträgen weiterarbeiten. Soweit nicht örtlich unter den Parteien, und zwar ohne Mitwirkung des Schiedsamts, freiwillig anderes vereinbart wird, kann in diesen Verträgen eine Änderung des Arztsystems erst bei ihrem Ablauf eintreten.

Auf Antrag einer Partei, der bis zum 1. Juli 1921 zu stellen ist, kann eine Änderung des Arztsystems schon zum 1. Januar 1922 eintreten. Bei Streit über eine Änderung des Arztsystems entscheiden die berufenen Schiedsstellen. Ein vertragsloser Zustand darf nicht eintreten.

2. — Nach dem Tarifvertrag vom 9. Dezember 1919 und der Vereinbarung vom 21. Juni 1920 kann die Vereinbarung eines Kopfpauschales von keiner Seite grundsätzlich abgelehnt werden.

Wo in den fortzusetzenden Verträgen Pauschbezahlung vereinbart war, bleibt sie mangels eines anderweitigen freiwilligen örtlichen Übereinkommens bestehen.

Kann bei Erneuerung von Verträgen über die Art der Bezahlung eine Einigung nicht erzielt werden, so entscheiden die berufenen Schiedsstellen.

3. — Die neuen Honorare gelten für alle Verträge rückwirkend vom 1. April 1920, ausgenommen ist die Zeit des vertraglosen Zustandes. Über etwaige Ansprüche aus der vertraglosen Zeit ist eine Verständigung bei den Vereinbarungen über die Honorare herbeizuführen.

4. — Die Ärzte sind verpflichtet, ihre Tätigkeit bei der Kasse ohne Verzug wieder aufzunehmen, sobald die Kasse die in der Vereinbarung vom 21. Juni 1920 vorgesehene Erklärung sowie diese Ergänzung vom 18. Juli 1920 anerkannt hat. Weder die Ärzte noch die Kassen dürfen die Wiederaufnahme der Beziehungen von der Erfüllung anderer Forderungen abhängig machen.

5. — Weder die Kassen noch die Ärzte können gezwungen werden, andere als die zentralen Vereinbarungen zwischen Ärzteverbänden und Krankenkassen-Hauptverbänden anzuerkennen.

Zur Frage der ärztlichen Gebühren und des Arztsystems

veröffentlicht der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen folgendes:

Der Leipziger Ärzteverband hat in seinem amtlichen Organ, den „Ärztlichen Mitteilungen" vom 3. Juli, einen Kommentar zu dem Abkommen zwischen Ärzte- und Kassenverbänden vom 21. Juni 1920 veröffentlicht. In diesem Kommentar wird über die Honorarbestimmungen gesagt, daß für die Vereinbarung eines Pauschsatzes nach der Mitgliederzahl die Ziffer 1 des Schiedsspruchs vom 2. Juni 1920 zugrunde zu legen ist. Dies trifft nicht zu, nachdem die Ziffer 2 des Schiedsspruchs durch die Vereinbarung vom 21. Juni aufgehoben worden ist. Auszugehen ist vielmehr von den Tarifvereinbarungen vom 9. Dezember 1919, die bekanntlich einen Mindestsatz von 8 *M* und einen Höchstsatz von 13 *M* einschließlich aller Sonderleistungen und Bezahlung der Fachärzte festlegten. Die Unparteiischen sind bei der Bemessung der Erhöhung der Einzelleistungen in Ziffer 1 des Schiedsspruchs davon ausgegangen, daß eine 100prozentige Erhöhung angemessen erscheint. Daher können die

Kassen mit Recht fordern, daß auch bei den Pauschsätzen eine solche 100prozentige Erhöhung als angemessen angesehen wird. Demnach würden sich die Pauschsätze zwischen 16 und 26 ℳ zu bewegen haben.

Die Ärzte haben allerdings eine solche Bemessung als nicht ausreichend bezeichnet. Daher wird in den Fällen, wo eine Verständigung über die Höhe des Pauschsatzes nicht zu erzielen ist, die Entscheidung des Schiedsamts herbeizuführen sein.

Auch über die Form, wie der vertragslose Zustand zu beendigen ist, gibt der Leipziger Ärzteverband eine Auslegung, die mit den Vereinbarungen vom 21. Juni in Widerspruch steht. Die Vereinbarungen besagen nach Ausweis des Protokolls ganz eindeutig, daß die Ärzte den Kassen die Erklärung abzugeben haben, daß sie sich verpflichten, das bestehende Vertragsverhältnis fortzusetzen. Wo Verträge abgelaufen sind, sind neue zu schließen. Der Leipziger Verband sagt nun zwar auch, daß zunächst nach dem alten Vertrage weiterzuarbeiten ist, daß aber sofort in neue Vertragsverhandlungen eingetreten werden muß. Dies ist unrichtig. In neue Vertragsverhandlungen ist sofort nur da einzutreten, wo die bisherigen Verträge abgelaufen waren. Wo die Ärzte jedoch den fristlosen Rücktritt vom Vertrage erklärt haben, sind sie verpflichtet, diese einseitige Unterbrechung durch die obenerwähnte Erklärung zu beseitigen. Nachdem eine solche Erklärung, daß die Verträge fortgesetzt werden, abgegeben ist, können die Kassen, die Feststellungsklagen auf Fortbestehen der Verträge erhoben haben, diese Klagen zurücknehmen, da sie gegenstandslos geworden sind, und die Prozesse nur noch wegen der Kosten zu führen wären. Wegen der Kosten ist aber am 21. Juni vereinbart worden, daß sie zu gleichen Teilen getragen werden.

Wo die Verträge fortzusetzen sind, ist entsprechend dem Schiedsspruch vom 2. Juni (Ziff. 4, nach dem ergänzten Schiedsspruch Ziff. 5) davon auszugehen, daß die neuen Honorarsätze vom 1. April 1920 ab gelten sollen. Wo die Bezahlung nach Einzelleistungen vereinbart war, gilt also Ziff. 1 des Schiedsspruchs. Wo Bezahlung nach einem Pauschsatz vereinbart war, gilt die Vereinbarung vom 21. Juni, daß die Festsetzung von Pauschbeträgen der örtlichen Vereinbarung überlassen bleibt. Hiernach ist also bei fortgesetzten Verträgen mit Pauschbezahlung lediglich über die Höhe der vom 1. April ab geltenden Pauschsätze zu verhandeln. Das gleiche gilt für die Festsetzung der Wegegebühren. Auch diese sind mit Wirkung ab 1. April erneut zu vereinbaren.

Im übrigen wird noch folgendes bemerkt: Die Ärzte erklären vielfach, entgegen den getroffenen Vereinbarungen, daß sie zur Wiederaufnahme der Tätigkeit für die Kassen nur bereit sind, sofern diese sofort die Einführung der organisierten freien Arztwahl und die Bezahlung nach Einzelleistungen zugestehen. Dieses Ansinnen ist in jedem Falle abzulehnen, sofern nicht die Kasse an sich bereit ist, diese Bedingungen zu erfüllen. Vielmehr müssen die Ärzte zunächst die Tätigkeit wieder aufnehmen, und dann ist über die Honorarfrage zu verhandeln. Wo die Kasse zu einer dieser Bedingungen durch Nichtwiederaufnahme der Tätigkeit gezwungen werden soll, ersuchen wir sofort um Nachricht. Der Leipziger Ärzteverband hat sich bereit erklärt, in solchen Fällen bei seinen Mitgliedern zu intervenieren.

Wo die Verträge weiterbestehen, kann die Kasse zu einer Änderung des Arztsystems nicht gezwungen werden, auch nicht durch einen Spruch des Schiedsamts. Die Änderung des Arztsystems kann mit Ablauf der bisher laufenden Verträge einsetzen. Zu etwas anderem kann das Schiedsamt die Kasse nicht verurteilen. Ebenso verhält es sich mit dem Bezahlungssystem, insbesondere der Einführung der Bezahlung nach Einzelleistungen.

Die Vereinbarungen vom 21. Juni 1920 zielen nicht etwa dahin, daß nunmehr Pauschsätze nicht mehr vereinbart, oder gegen den Willen der Ärzte nicht mehr aufrechterhalten werden können, sondern das bisherige Bezahlungssystem ist grundsätzlich beizubehalten. Eine Änderung kann gegen den Willen der Kasse, solange der bisherige Vertrag läuft, überhaupt nicht, und mit seinem Ablauf nur durch Entscheidung des Schiedsamts herbeigeführt werden.

Wir ersuchen dringend, sich durch die häufig mit großer Bestimmtheit aufgestellten falschen Behauptungen der Ärzte nicht irreführen zu lassen, sondern im Zweifel die Verhandlungen zu vertagen und bei uns anzufragen.

Zur Vergütung für die Krankenkassen aus dem Branntweinmonopol.

Nach § 1 der Bekanntmachung vom 7. März 1920 (RGBl. S. 312), betr. die Durchführung des § 258 Ziff. 3 des Gesetzes über das Branntweinmonopol vom 26. Juli 1918 (RGBl. S. 887), sind die Krankenkassen verpflichtet, allmonatlich spätestens bis zum 15. Tage eine Nachweisung über ihren Mitgliederbestand im voraufgegangenen Monat auf dem im § 2 obiger Bekanntmachung vorgeschriebenen Vordruck hierher einzureichen. Hiermit sind verschiedene Krankenkassen im Verzuge. Damit die Kassen ihrer Ansprüche aus den Monopoleinnahmen nicht verlustig gehen, sind sie zur pünktlichen Einsendung ihrer Nachweisungen anzuhalten. Es wird noch ganz besonders darauf hingewiesen, daß die Nachweisungen sämtlicher im Versicherungsamtsbezirk befindlichen Kassen regelmäßig so pünktlich abgesandt werden müssen, daß sie spätestens am 15. früh eines jeden Monats hier eingehen. Eine Mahnung an die Kassen findet nicht statt.

Zu vgl. ArbVers. Heft 13 S. 252, Heft 17 S. 338.

Verbandstagung der Landkrankenkassen. — Zur Frage der Existenzberechtigung dieser Kassenform.

Der Allgemeine Verband Deutscher Landkrankenkassen e. V., Sitz Berlin (Geschäftsstelle Perleberg), hielt vom 29. 6. bis 1. 7. in Leipzig seine Verbandstagung ab. Er umfaßt 82 v. H. aller deutschen Landkrankenkassen mit weit über 2 Millionen Versicherten. Es waren etwa 400 Vertreter von Landkrankenkassen aus allen Teilen des Reiches erschienen. Auch zahlreiche Behörden, u. a. auch das Reichsarbeitsministerium, hatten Vertreter entsandt. Herr Direktor Dr. Sandner vom Reichsarbeitsministerium hielt einen Vortrag über „das Reichsversorgungsgesetz und die Landkrankenkassen". Der Direktor des Verbandes, Herr Unger, referierte über die Arztfrage. Er hob hervor, daß die Landkrankenkassen den Wunsch hätten, endlich einmal sich mit den Ärzten zusammenzufinden zu gemeinsamer Arbeit in der sozialen Fürsorge. Hervorzuheben ist ferner ein Filmvortrag des Herrn Dr. Roeschmann, Berlin, über „die Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen". Es wurden ferner behandelt: Die Änderung der Reichsversicherungsordnung, die Besoldungsverhältnisse der Kassenan-

gestellten, die fachmännischen Kassenrevisionen, die Bekämpfung des Alkoholismus (Dr. Flaig) u. a. m.

Die rege Teilnahme, deren sich diese Tagung erfreute, darf als Zeichen ernstlichen Bestrebens der Landkrankenkassen, sich durchzusetzen und ihre Existenzberechtigung gegenüber den auf ihre Beseitigung gerichteten Bestrebungen zu erweisen, bewertet werden. Wir nehmen, ohne hier für die eine oder andere Meinung Partei zu ergreifen, gern Veranlassung, auf die vom Verbande herausgegebene Schrift des Verbandsdirektors, Herrn Karl Unger, „Die Wahrheit über die deutschen Landkrankenkassen", hinzuweisen, die in eingehender Darlegung und mit reichem Zahlenmaterial auf den Nachweis gerichtet ist, „daß für die besonderen ländlichen Verhältnisse auch eine besondere ländliche Krankenkasse unbedingt bestehen bleiben" müsse. Zu vgl. auch Monatsbl. für ArbVers.: „Die Landkrankenkassen in ihrer Eigenart"; Fuisting: „Die Landkrankenkassen und ihre Leistungen" in ArbVers. 1918 S. 561 ff.; anderseits aber Entschließungen des bayer. Ministeriums für Soziale Fürsorge vom 9. 8. und 14. 11. 19, worin ausgeführt wird, daß und weshalb die Beseitigung der Landkrankenkassen überhaupt anzustreben sei.

Ein Antrag auf Einführung der Familienhilfe als Pflichtleistung der Krankenkassen.

Die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene hat soeben an den Reichstag ein Gesuch betr. die Neuregelung der Familienhilfe gerichtet. Es soll ein Gesetz ausgearbeitet werden, das sämtlichen Krankenkassen die Pflicht auferlegt, diese Leistung zu gewähren, d. h. insbesondere die Kosten für ärztliche Behandlung und Arzneien zu übernehmen. In diesem Gesetz soll zugleich angeordnet werden, daß die Gemeinden (Kreise), die Gliedstaaten und das Reich den Krankenkassen zur Durchführung der Familienhilfe angemessene Zuschüsse gewähren. Sollte es sich nicht erreichen lassen, daß durch ein Reichsgesetz die Familienversicherung zur Pflichtleistung gestaltet wird, so bittet die genannte Gesellschaft den Reichstag, eine Bestimmung zu schaffen, wonach jeder Gliedstaat befugt sein soll, in seinem Bereich gesetzlich anzuordnen, daß alle Krankenkassen Familienhilfe gewähren müssen und zur Durchführung dieser Vorschrift Zuschüsse vom Staat und den Gemeinden (Kreisen) erhalten. Gleichzeitig wurde an den Badischen Landtag das Gesuch gerichtet, daß, sobald die gekennzeichnete Befugnis auf Grund eines Reichsgesetzes vorliegt, ein Gesetz geschaffen wird, nach welchem alle badischen Krankenkassen Familienhilfe gewähren müssen und zur Durchführung Staatszuschüsse erhalten sollen. — Die Gesuche stützen sich auf die von Dr. A. Fischer verfaßte Schrift „Die Familienversicherung in Baden" (erschienen als Nr. 2 der „Sozialhygienischen Abhandlungen", Verlag der C. F. Müllerschen Hofbuchhandlung in Karlsruhe). Dieser Schrift, für welche amtlicher Erhebungsstoff benutzt wurde, ist u. a. zu entnehmen, daß die Vorstände der maßgebenden Krankenkassen die Einführung der obligatorischen Familienversicherung unter Gewährung von Staatszuschüssen wünschen, daß die Kosten für die Familienhilfe nur 8 v. H. der Gesamtausgaben der Krankenkassen betragen, und daß die Familienhilfe bisher sehr wenig, insbesondere unter den Ortskrankenkassen, ausgedehnt ist.

Zu dieser uns zugegangenen Mitteilung sei folgendes bemerkt: Die Forderung, die hier erhoben wird, ist eine besonders dringliche, und es wäre zu wünschen, daß einer der hier gewiesenen Wege zu ihrer Verwirklichung sich als gangbar erweisen und daß man die Prüfung und Erledigung der Frage nicht — wie es mit so vielen anderen Einzelwünschen aus guten Gründen geschieht — bis zu der in Aussicht genommenen umfassenden Reform des Reichsversicherungsrechts zurückstellen möchte. Es ist bemerkenswert, wie sich hier ein Gedanke, der von vornherein hätte einleuchtend erscheinen sollen, nur mühselig und nach und nach zur Geltung durchringt. Bei der Schaffung des Krankenversicherungsgesetzes (1883) ist sogar noch die Bestimmung, welche die Kassen nur ermächtigte — nicht verpflichtete —, in der Satzung freie ärztliche Behandlung nebst Arznei und sonstigen Heilmitteln sowie Wochenhilfe für Familienangehörige zuzubilligen (§ 21 Ziff. 5), auf Widerstand gestoßen, den der damalige Direktor im Reichsamt des Innern, Bosse, erst durch den nachdrücklichen Hinweis abweisen mußte, daß diese Bestimmungen „einem großen Prinzip Ausdruck geben, dem Prinzip der Solidarität des deutschen Hauses und der deutschen Familie" (Stenogr. Ber. 1883 S. 2108). Dabei ist es bisher geblieben. Bestrebungen, diese Leistungen zu Pflichtleistungen der Krankenkassen zu erheben, sind in der Begründung des Entwurfs zur Reichsversicherungsordnung (S. 160) nicht einmal erwähnt; und Anträge, die in diesem Sinne bei der Beratung in der Kommission gestellt wurden, sind ohne jede Erörterung abgelehnt worden (Komm. Ber. II S. 160, 161). Inzwischen hat das tragische Geschick des deutschen Volkes die Gesetzgeber erleuchtet und zu der Erkenntnis geführt, daß jenes verkündete Prinzip der Solidarität sogar noch recht unzulänglich formuliert war. Es handelt sich, über Haus und Familie hinaus, um das deutsche Volk, um seinen Bestand, um seine Wiederaufrichtung aus tiefem Sturze. Auf dieser Erkenntnis, auf bevölkerungspolitischen Erwägungen beruhen — wie schon vorher die Kriegsverordnungen über Wochenhilfe — die Vorschriften der Gesetze vom 26. 9. 19 und vom 30. 4. 20, welche die Gewährung von Wochenhilfe für die in der Hausgemeinschaft der Versicherten lebenden nahen Familienangehörigen den Krankenkassen als Pflichtleistung auferlegen. Entsprechende Erwägungen müssen folgerichtig dazu führen, auch die Krankenpflege für die Familienmitglieder der Versicherten zur Pflichtleistung auszugestalten. Denn auch hierbei handelt es sich um die Gesunderhaltung der Mütter und die Kräftigung des Nachwuchses angesichts der sie in wachsendem Maße bedrohenden Volkskrankheiten, namentlich der Tuberkulose; und es handelt sich überdies auch um ein Interesse der Krankenkassen im engeren Sinne, da die Erkrankung eines der meist eng zusammenwohnenden Familienmitglieder oft auch eine Gefährdung des Versicherten und somit eine Erhöhung des Risikos der Krankenkasse bedeutet.

Aus diesen Gründen ist die Anregung der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene als dankenswert zu begrüßen.

Porto für Postsendungen an und von Krankenkassen.

Mit dem 1. Juli 1920 tritt der § 1 des Gesetzes über die Aufhebung der Gebührenfreiheiten im Post- und Telegraphenverkehr vom 29. April 1920 in Kraft. Das Reichsamt für Arbeitsvermittlung weist in einem Rundschreiben v. 24. 6. 20 darauf hin, daß hiermit das Recht der Gebührenfreiheit für Sendungen von und an Reichsbehörden erlischt. Es macht die Krankenkassen darauf aufmerksam,

daß sämtliche Sendungen hierher nach Maßgabe der allgemein gültigen Posttarife mit Marken freizumachen sind. Bei Nichtfreimachung bzw. unzureichender Freimachung gefährden die Kassen den rechtzeitigen Eingang der Nachweisungen und damit ihre Ansprüche auf Berücksichtigung bei der Verteilung der Beträge aus der Monopoleinnahme; außerdem fällt das dann entstehende Strafporto den Krankenkassen zur Last. Die ursprünglich beabsichtigte Gewährung von Dienstfreimarken seitens des Reichsamts an die Kassen hat sich als undurchführbar erwiesen.

Schrifttum.

Betriebsrätegesetz vom 4. Februar 1920 nebst Wahlordnung. Mit allen einschlägigen Bestimmungen ausführlich erläutert von Dr. Hermann Dersch, Regierungsrat im Reichsarbeitsministerium. Verlag J. Bensheimer, Mannheim, Berlin, Leipzig 1920. Preis geb. 21 M.

Die weittragende Bedeutung des Betriebsrätegesetzes für unser Wirtschaftsleben spiegelt sich deutlich in der großen Zahl von Bearbeitungen wider, die das Gesetz gefunden hat. Es handelt sich hier um eine recht schwierige Materie, die noch dadurch verwickelter wird, daß neben dem Betriebsrätegesetz noch eine Reihe von Verordnungen weiter gelten und daß das Gesetz über das Schlichtungsverfahren noch aussteht. Unter den zahlreichen Kommentierungen des Gesetzes steht die Bearbeitung von Dersch in vorderster Linie. Der Verfasser ist auf dem Gebiete des sozialen Versicherungswesens durch seine tiefgründigen, klar und leicht verständlich geschriebenen Arbeiten bestens bekannt. Dieselben Vorzüge weist sein Kommentar zum Betriebsrätegesetz auf. Stichproben beweisen, daß eine Fülle von Einzelfragen in dem Kommentar ihre Lösung finden. Die praktische Brauchbarkeit des Werkes wird noch dadurch erhöht, daß im Anhang die Verordnungen abgedruckt sind, die mit der im Betriebsrätegesetz geregelten Materie eng zusammenhängen. Auch die Einleitung, die die geschichtliche Entwicklung behandelt und die Grundzüge des Betriebsrätegesetzes knapp und anschaulich darstellt, verdient hervorgehoben zu werden.

Landesrat Dr. Brunn.

Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge. Erläutert von Dr. Fr. Hoffmann, Wirkl. Geh. Oberregierungsrat. Dritte umgearbeitete Auflage. Berlin 1920, Carl Heymanns Verlag. 96 Seiten. Preis 5 M.

Die schweren Fehler und Unklarheiten, an denen das Gesetz vom 26. 9. 19 litt, sind durch das Abänderungsgesetz vom 30. 4. 20 im wesentlichen behoben worden; der Mangel an Übersichtlichkeit und folgerichtiger Anordnung des Gesetzesstoffes ist nicht behoben, und sogar die bedenkliche Überschrift des Gesetzes, die nicht ahnen läßt, daß es auch Änderungen der Reichsversicherungsordnung enthält, die mit Wochenhilfe und Wochenfürsorge nichts zu tun haben (§§ 10, 15, 16, betreffend die §§ 205b, 384, 386, 388), ist nicht berichtigt worden. Unter solchen Umständen ist es besonders verdienstlich, daß der Verfasser des hier erstmalig im Jahrg. 1919 S. 657 angezeigten Büchleins die neue Auflage so gestaltet hat, daß die Änderungen gegenüber dem Gesetze vom 26. 9. 19 schon im Texte durch den Druck scharf hervorgehoben und in den Erläuterungen nach Zweck und Bedeutung scharf gekennzeichnet werden. Dabei ist die amtliche Begründung des Entwurfs des Änderungsgesetzes ausgiebig benutzt. Überall ist auf die rechtsgeschichtliche Entwicklung der einzelnen Vorschriften und auf die Rechtsprechung eingegangen. Dagegen sind die Erörterungen im Schrifttum ganz unberücksichtigt geblieben. In dieser Enthaltsamkeit geht der Verfasser so weit, daß er auch auf seine eigenen zahlreichen, in den verschiedensten Zeitschriften erschienenen Aufsätze nirgends hinweist. Man kann das als strenge Gerechtigkeit loben, muß es aber doch um der Sache willen bedauern.

Die Wochenhilfe. Ein Leitfaden durch das Gesetz über Wochenhilfe, Familienhilfe und Wochenfürsorge. Von Dr. Heinz Jaeger, städt. Versicherungsamtmann in München. II. Auflage. Bayer. Kommunalschriftenverlag in München. 39 Seiten. Preis 3,50 M.

Auf dem Titel ist das Büchlein als Leitfaden durch das Gesetz vom 26. 9. 19 bezeichnet. Das kann irreleiten. Der Leitfaden stellt den Rechtszustand dar, der sich aus dem Abänderungsgesetz vom 30. 4. 20 ergibt. Gerade diese Änderung hat die Neuauflage der Schrift veranlaßt, deren erste Auflage hier im Heft 10 S. 197 angezeigt worden ist. Die damals ausgesprochene Anerkennung haben wir lediglich zu wiederholen. Es liegt eine leicht verständliche Darstellung des von Laien nicht überall leicht zu erfassenden Rechtsstoffes vor.

Die Wochenhilfe. Kommentar zu den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und der Gesetze vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757) und 30. April 1920 (RGBl. S. 853) über Wochenhilfe, Familienwochenhilfe und Wochenfürsorge von Dr. jur. Heinz Jaeger, städt. Versicherungsamtmann. München 1920, C. H. Becksche Verlagsbuchhandlung. 137 Seiten. Preis leicht geb. 14 M.

Wenn der vorher angezeigte „Leitfaden" im wesentlichen bezweckt und geeignet erscheint, auch Laien eine Vorstellung von dem hauptsächlichen Inhalt und der Bedeutung des Wochenhilfegesetzes zu vermitteln, so wird der fast gleichzeitig erschienene „Kommentar" desselben Verfassers für alle mit der Ausführung des schwierigen Gesetzes befaßten Behörden, Beamten und sonstige Stellen ein unentbehrliches Hilfsmittel werden. In sorgfältig erwogenen Ausführungen sind die einzelnen, die Wochenhilfe und Wochenfürsorge betreffenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und der neuen Gesetze anmerkungsweise erläutert, unter ausgiebiger Heranziehung der Rechtsprechung, der Verwaltungsbescheide und auch der Auskünfte der „Arbeiter-Versorgung", in denen ja die zahlreichen Zweifel alsbald nach ihrem Auftauchen zur Sprache gekommen und erörtert worden sind. Die übersichtliche Anordnung des Stoffes, die Einfügung von Beispielen und Mustern an geeigneten Stellen machen den Kommentar zu einem bequemen und besonders nützlichen Handbuch.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Anwendung der neuen Fassung des Wochenhilfegesetzes auf einen älteren Fall.

1. **Nach Augsburg.** Frage: Eine Wöchnerin, die am 26. 3. 20 entbunden ist, erhielt von der Kasse auf Grund des § 195a RVO. ausbezahlt: 50 M Entbindungskostenbeitrag und 106,50 M Wochengeld für 71 Tage zu 1,50 M vom 26. 3. bis 4. 6. 20, zusammen 156,50 M. Am 8. 5. 20, also in der 8. Woche nach der Entbindung, kam die Wöchnerin wegen Krankheit auf Kosten der Kasse ins Krankenhaus. Es entstehen folgende Fragen: a) Ist die Kasse berechtigt, das bezahlte Wochengeld für die Zeit vom 8. 5. mit 4. 6. 20 = 28 Tage à 1,50 M = 42 M zurückzuverlangen, oder ist gemäß der Entscheidung des RVA. 2367 vom 19. 6. 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 536, ArbVers. 1917 S. 699) das Wochengeld nachträglich für eine entsprechende Zeit vor der Entbindung in Ansatz zu bringen, und müßte daher von einer Rückerstattung des Betrages seitens der Wöchnerin Abstand genommen werden? b) Ist dann für zwei oder vier Wochen vor der Entbindung zu leisten?

Antwort: Für die Dauer der Krankenhauspflege entfällt jeder Anspruch auf Krankengeld sowie auch auf Wochengeld (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 7 zu § 195 RVO.; Entsch. des VA. München in ArbVers. 1916 S. 448). Die Kasse dürfte also das Wochengeld für diese Zeit, als zu Unrecht gewährt, zurückfordern, soweit es nicht auf die Zeit vor der Entbindung verrechnet werden muß. Es handelt sich um einen vor dem 7. 5. 20 eingetretenen Versicherungsfall, für den die Leistungspflicht der Kasse an diesem Tage noch nicht abgeschlossen war. Gemäß § 27 Abs. 4 des Wochenhilfegesetzes in der Fassung der Bek. v. 22. 5. 20 (ArbVers. S. 348) gilt daher § 195a in der Fassung v. 26. 9. 19 nur dann weiter, wenn diese Fassung für die Wöchnerin günstiger ist als die neue Fassung. Nach der älteren Fassung konnten, nach der neuen aber müssen von den zehn Wochen des Wochengeldbezuges vier in die Zeit vor der Entbindung fallen. Das neuere Gesetz ist also der Wöchnerin günstiger. Sie behält daher das Wochengeld in Anrechnung auf 28 Tage vor dem 26. 3. 20 in jedem Falle. Die weiteren sechs Wochen (6×7 und 1 Tage) laufen genau mit dem 7. 5. 20, dem Tage vor dem Beginn der Krankenhauspflege ab. Die Kasse hat also nichts zurückzufordern. Die Anwendung der an sich zutreffenden Entsch. des RVA. 2367 kommt daher nicht in Frage.

Wirkungsbeginn der neuen Grundlohnfestsetzungen.

2. **Nach Köln.** Antwort: Durch die Verordnung v. 30. 4. 20 (ArbVers. Heft 15 S. 287) ist die Verordnung v. 1. 4. 20, die mit dem 7. 4. 20 in Kraft gesetzt war, aufgehoben und die auf die Heraufsetzung des Grundlohns bezüglichen §§ 1 bis 4 der neuen Verordnung sind nach § 9 am Tage der Verkündung, d. i. dem 3. 5. 20, mit Wirkung vom 7. 4. 20 in Kraft getreten. Das bedeutet aber nicht, daß auch die Neufestsetzung der Grundlöhne ohne weiteres vom 7. 4. 20 ab gilt, oder daß die neuen Grundlöhne mit Rückwirkung auf diesen Tag vom Vorstand oder durch die Satzung (§ 3) festgesetzt werden müßten, sondern nur, daß sie insoweit mit Rückwirkung ausgestattet werden können. Der Reichsarbeitsminister hat in einem Bescheide vom 17. 5. 20 („Krankenversicherung" 1920 S. 99) ausgeführt: „Der Beschluß des Vorstandes muß sobald als möglich getroffen werden, da ja vorher für die Erhebung höherer Beiträge und die Gewährung entsprechend erhöhter Leistungen die Grundlage fehlt. Rechtlich aber würde nichts entgegenstehen, wenn der Vorstand die Wirkung seines Beschlusses schon auf den Tag des Inkrafttretens der neuen Verordnung zurückverlegt....." Eine Notwendigkeit, dem Vorstandsbeschlusse überhaupt irgendwelche Rückwirkung beizulegen, nimmt hiernach der Reichsarbeitsminister überhaupt nicht an. Es wird daher der Beschluß des Vorstandes vom 21. 4. 20, die neuen Grundlöhne am 3. 5. 20 (dem Tage des Inkrafttretens der neuen Verordnung) in Kraft treten zu lassen, nicht beanstandet werden können. Daß diese Festsetzung ohne Einfluß ist auf die Bemessung der Kassenleistungen in Krankheitsfällen, die vor dem 3. 5. 20 eingetreten sind, ergibt sich aus § 211 RVO. (zu vgl. hier Heft 17 S. 340 Ziff. 6).

Erlöschen der Weiterversicherung durch zweimaligen Beitragsverzug (§ 314 Abs. 1 RVO.).

3. **Nach Düsseldorf.** Frage: Ein freiwilliges Kassenmitglied ist von der Mitgliedschaft ausgeschlossen, weil es an zwei aufeinanderfolgenden Zahlungsterminen die Beiträge nicht gezahlt hat. Die Beiträge werden monatlich nachträglich gezahlt. Die Zahlungstermine der Kasse sind der 1. bis 3. und der 16. bis 18. jeden Monats. Am 20. Januar wollte das Mitglied die Beiträge für Dezember entrichten, die Annahme wurde aber verweigert, weil kein Zahltag sei. Außerdem wurde ihm eröffnet, daß die Mitgliedschaft erloschen sei, da es an zwei aufeinanderfolgenden Zahlungsterminen die Beiträge nicht gezahlt habe. Hiergegen hat das Mitglied Beschwerde erhoben. War die Kasse berechtigt, die Beiträge zurückzuweisen und das Mitglied auszuschließen, oder war durch das Anbieten der Beiträge die Frist gewahrt?

Antwort: Der Sinn des § 314 Abs. 1 Satz 1 ist der, daß die Mitgliedschaft erlischt, wenn a) die Beiträge für zwei unmittelbar aufeinanderfolgende Zahlungszeiten (Perioden) nicht an den dafür bestimmten Zahltagen entrichtet sind und b) seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind. Sind für jede Zahlungszeit mehrere Zahltage bestimmt, so gilt jeder dieser Tage als erster Zahltag im Sinne des § 314 Abs. 1, und die Mitgliedschaft erlischt erst, wenn alle diese Tage zweimal nacheinander versäumt und nach dem ersten Male vier Wochen vergangen sind, ohne daß die Zahlung nachgeholt ist (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1a zu § 314 nebst Auskunft in ArbVers. 1908 S. 108 Ziff. 7). Im vorliegenden

Falle hatte der Versicherte die Beiträge für Dezember spätestens am 18. Januar zu zahlen. Diesen Zahltag hat er versäumt. Dadurch war er aber nur für die erste Zahlungszeit in Verzug geraten und noch nicht aus der Mitgliedschaft ausgeschieden. Er konnte daher die möglichen Folgen dieses Verzuges durch nachträgliche Zahlung noch beseitigen, und die Kasse durfte ihm diese Möglichkeit nicht dadurch abschneiden, daß sie die Annahme der verspäteten Zahlung ablehnte. Insbesondere war der Umstand, daß der Versicherte den Beitrag an einem Tag anbot, der kein Zahltag war, kein Grund für die Ablehnung (ArbVers. 1920 Heft 16 S. 319 Ziff. 7). Indem aber die Kasse nicht nur den nachträglich angebotenen Beitrag zurückwies, sondern zugleich dem Versicherten unberechtigterweise eröffnete, daß seine Mitgliedschaft erloschen sei, brachte sie zum Ausdruck, daß sie auch jeden weiteren Beitrag zurückweise. Hierdurch geriet für die späteren Zahlungszeiten die Kasse in Annahmeverzug, nicht aber der Versicherte in Zahlungsverzug (Hahn a. a. O. Anm. 1c). Solange dieser Annahmeverzug der Kasse dauerte, konnte die Mitgliedschaft des Versicherten nicht nach § 314 Abs. 1 erlöschen.

Einkommensgrenze für das Recht zum freiwilligen Beitritt (§ 176 RVO.).

4. **Nach Jena.** Antwort: Durch § 2 Abs. 1 der Verordnung vom 22. 11. 18 (ArbVers. S. 694) sind die §§ 178, 314 Abs. 2 RVO. aufgehoben, d. h. die Fortdauer der freiwilligen Mitgliedschaft, gleichviel ob sie auf Beitritt oder Weiterversicherung beruht (§§ 176, 313), ist jetzt ganz unabhängig von der Höhe des Einkommens des Versicherten. Die Begründung der freiwilligen Mitgliedschaft durch Beitritt nach § 176 (§ 310) ist aber nach wie vor davon abhängig, daß das jährliche Gesamteinkommen des Beitretenden 2500 ℳ nicht übersteigt. Wie diese Vorschrift durch die erwähnte Verordnung nicht berührt worden ist (Hahn in ArbVers. 1918 S. 702, Spielhagen in Monatsschr. f. Arb. u. Angest. Vers. 1919 Sp. 6 unten; bayer. Min. Erl. in „Betriebskrankenkasse" 1918 S. 198), so ist sie auch durch die Verordnung vom 30. 4. 20 (ArbVers. Heft 15 S. 287) unverändert in Kraft gelassen. Daß man nach dem Schlußsatz des § 1 dieser Verordnung der Meinung sein könne, daß auch für Beitrittsberechtigte „die Grenze von 15 000 ℳ gelten soll", können wir nicht finden. Ein gesetzgeberischer Grund dafür, angesichts der veränderten Geldverhältnisse gerade das Beitrittsrecht immer noch an die Voraussetzung eines Einkommens von nicht über 2500 ℳ zu knüpfen, ist freilich nicht zu ergründen. Es dürfte lediglich eine Fahrlässigkeit vorliegen, die um so unverzeihlicher ist, als (an den oben erwähnten Stellen, besonders von Hahn a. a. O.) auf diese Unstimmigkeit deutlich genug hingewiesen worden ist.

Fortdauer der Leistungspflicht der Kasse über die Mitgliedschaft hinaus bei Zahnersatz und Zahnbehandlung?

5. **Nach B.** Antwort: a) Wir verweisen zunächst auf die einen ähnlichen Fall betreffende Auskunft im Heft 7 S. 97 Ziff. 7 des laufenden Jahrgangs. Im vorliegenden Falle steht allerdings die Bewilligung des Zahnersatzverfahrens durch die Landesversicherungsanstalt noch nicht fest, und wenn diese den Antrag des Versicherten ablehnen sollte, so könnte in Frage kommen, ob damit nicht auch die Voraussetzung für den Anspruch des Versicherten auf den von der Kasse bewilligten Zuschuß in Höhe von ⅓ der Kosten hinfällig geworden ist. Wir glauben aber, dies verneinen zu müssen. Denn das Wesentliche an der dem Versicherten gemachten Zusage ist doch, daß die Kasse ihre Verpflichtung zur Gewährung des Zuschusses überhaupt in der bezeichneten Höhe anerkannt hat. Sie wird ihn daher auch leisten müssen, wenn der Versicherte sich die Gesamtleistung auf andere Weise beschafft hat.

b) Anders beurteilen wir den zweiten Fall. Hier handelt es sich nicht um Gewährung eines Heil- oder Hilfsmittels als einer einmaligen, einheitlichen, im vollen Umfang während der Mitgliedschaft fällig gewordenen, aber bei der Beendigung der Mitgliedschaft noch rückständigen Leistung; sondern es handelt sich um die Plombierung von Zähnen, also um ärztliche Behandlung (Entsch. des RVA. 2134, ArbVers. 1916 S. 134), die, soweit sie über den Übertritt des Versicherten in eine andere Kasse hinaus notwendig ist, gemäß § 212 RVO. von dieser Kasse weiter zu gewähren ist.

Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegen den Unternehmer, wenn der Versicherte sich im Betriebe verletzt hat.

6. **Nach Ranis.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse half gelegentlich seiner Anwesenheit in einem anderen Orte und auch anderem Kassenbezirke mit einer zweiten Person Futter schneiden. Dabei geriet unser Mitglied mit der Hand in die Futterschneidemaschine und verletzte sich die Finger; wir gewährten die erforderliche Krankenhilfe usw. und verlangten von dem Betriebsunternehmer hierfür Erstattung. Dieser lehnt aber alle unsere Ansprüche ab und machte erst die Einwendung, die Berufsgenossenschaft hätte dafür aufzukommen; jetzt wieder wendet er ein, daß er der Verunglückten keinerlei Auftrag zur Arbeit gegeben habe. Wir bitten um Mitteilung und ausführliche Auskunft darüber, auf Grund welcher gesetzlichen Bestimmungen usw. der Betriebsunternehmer eventuell verpflichtet ist, uns Ersatz zu leisten. Unerwähnt wollen wir jedoch nicht lassen, daß wir den Unternehmer beim zuständigen Amtsgericht wegen unseres Ersatzanspruches verklagt haben und daß schon Verhandlungstermin war. Entscheidung soll demnächst verkündet werden.

Antwort: Einer „ausführlichen Auskunft" bedarf es im vorliegenden Falle nicht. Denn es ist ganz zweifelsfrei, daß Sie den Prozeß gewinnen müssen, wenn Sie nachweisen können, daß die Körperverletzung Ihres Mitgliedes durch eine vorsätzliche oder fahrlässige Handlung oder Unterlassung des Unternehmers verursacht ist und daß der Verletzte bei seinem Eingreifen in den Betrieb nicht gegen Unfall versichert war (§ 823 BGB.; § 1542 Abs. 1 Satz 1 und 2); und ebenso unzweifelhaft ist es, daß Sie den Prozeß verlieren müssen, wenn Sie zur Begründung des Erstattungsanspruches nichts weiter vorbringen können, als was Sie in der vorstehenden Anfrage mitgeteilt haben.

Berechnung des Unfallzuschusses zum Kranken-, Haus- und Taschengeld.

7. **Nach Essen.** Antwort: Das Krankengeld für Unfallverletzte ist unter den Voraussetzungen des § 573 Abs. 1 RVO. auf mindestens ⅔ des maßgebenden Grundlohns zu erhöhen. Das „mindestens" bedeutet, daß ein höherer satzungsmäßiger Betrag (§ 191 RVO.) selbstverständlich unberührt bleibt. Die Erhöhung, also ein Unfallzuschuß, ist aber nicht zu

zahlen, wenn schon das satzungsmäßige Krankengeld jene ⅔ = 66⅔ % des Grundlohns erreicht oder gar übersteigt. Hiernach beträgt in den Fällen der Anfrage der Unfallzuschuß zum Krankengelde von 60 % noch 6⅔, bei 65 % noch 1⅔ % des Grundlohns. — Die Grundsätze für die Bemessung des Unfallzuschusses zum Hausgelde bei Krankenhauspflege und entsprechend zum Taschengelde haben wir in ArbVers. 1914 S. 151 Ziff. 7 dargelegt. Danach ist das Hausgeld auf ⅓ = 33⅓ % des Grundlohns zu erhöhen. In den Fällen ihrer Anfrage, wo es bereits satzungsmäßig 40 % und mit Kinderzulagen 45 oder sogar 50 % beträgt, ist also ein Zuschuß nicht zu zahlen. Das Taschengeld ist nach Ihrer Satzung auf den nach § 194 Ziff. 2 RVO. gesetzlich zulässigen Höchstbetrag, nämlich auf das halbe gesetzliche Krankengeld, also auf 25 % des Grundlohns bemessen. Das ist so viel, wie das regelmäßige Hausgeld nach § 186 beträgt. Daher ist es, wie dieses, auf 33⅓ % zu erhöhen, so daß der Zuschuß 8⅓ % beträgt.

Arbeitstage und Grundlohnermittlung für kaufmännische Angestellte mit Monatsgehalt.

8. **Nach Berlin.** Antwort: Als Regel gilt, daß im Handelsgewerbe Gehilfen, Lehrlinge und Arbeiter an Sonn- und Feiertagen nicht beschäftigt werden dürfen (Artikel I der Verordnung vom 5. 2. 19, RGBl. S. 176). Diese Tage sind also für die bezeichneten Personen keine Arbeitstage, so daß es gerechtfertigt ist, den Grundlohn für sie durch Teilung des Monatsgehalts mit 25 (nicht mit 30) zu ermitteln.

Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung von Zivilsupernumeraren eines Finanzamts.

9. **Nach Dinslaken.** Frage: Auf dem Finanzamt werden Zivilsupernumerare beschäftigt. Sie erhalten eine sogenannte Unterstützung von 375 ℳ monatlich in Anbetracht der Teuerung. In Friedenszeiten bekamen sie keine Gelder. Nach einer Verfügung des Landesfinanzamts ist die Unterstützung nicht steuerpflichtig. Wir bitten um Auskunft, ob die Zivilsupernumerare versicherungspflichtig sind. Gelten sie als Lehrlinge ohne Entgelt oder ist die Unterstützung als Entgelt anzusehen? Können sie, falls Versicherungsfreiheit besteht, sich als freiwillige Mitglieder in der Krankenkasse aufnehmen lassen?

Antwort: Auf die Bezeichnung und auf die Steuerpflichtigkeit des Bezuges kommt es bei der Frage nach der Versicherungspflicht nicht an. Der Bezug von 375 ℳ für den Monat ist aber, selbst unter den gegenwärtigen Teuerungsverhältnissen, zu erheblich, als daß man ihn nicht als Entgelt im Sinne der §§ 160, 165 RVO. ansehen könnte. Er dient und reicht offenbar mindestens zur Bestreitung eines wesentlichen Teils der allgemeinen Lebensbedürfnisse und darf daher nicht als bloßes „Taschengeld" (Heft 22 S. 424) außer Betracht bleiben. Ob die Supernumerare als Lehrlinge anzusehen sind, läßt sich ohne nähere Darlegung ihrer Aufgaben nicht sagen (zu vgl. die Entsch. des RVA. 2359, ArbVers. 1917 S. 544). Jedenfalls sind sie versicherungspflichtig. Wären sie versicherungsfrei, weil sie weder als gegen Entgelt beschäftigt noch als Lehrlinge anzusehen wären, so wären sie allerdings beitrittsberechtigt nach § 176 Abs. 1 Ziff. 1 RVO., da diese Vorschrift nur „Beschäftigung" der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art, nicht aber entgeltliche Beschäftigung voraussetzt.

Anrechnung der Genesungszeit in der Invaliden- und in der Angestelltenversicherung.

10. **Nach Berlin.** Antwort: Sie scheinen übersehen zu haben, daß auch für die Invalidenversicherung die RVO. (§ 1394 Abs. 3) ausdrücklich bestimmt, daß die Genesungszeit (hinsichtlich der Anrechnung als Beitragswochen) der Krankheit gleichgeachtet wird, wie dies für die Angestelltenversicherung im § 52 AngestVersGes. vorgesehen ist. Dabei ist als Genesungszeit die Zeit anzusehen, in der der Versicherte wegen der Nachwirkungen der überstandenen Krankheit, zur Vermeidung der Wiedererkrankung, der Schonung soweit bedarf, daß er seine Berufstätigkeit noch nicht aufnehmen kann (zu vgl. Hanow-Lehmann Anm. 7 zu § 1394 RVO.; Mentzel-Schulz-Sitzler Anm. 2 zu § 52 AngestVersGes.). Man wird daher dem verwundeten Kriegsteilnehmer, außer der zum Zwecke des eigentlichen Heilverfahrens im Lazarett verbrachten Zeit, auch noch die Zeit des ihm nach der Entlassung erteilten „Genesungsurlaubs" als Beitragszeit anrechnen müssen, wenn dieser Urlaub — wie anzunehmen ist — die Bedeutung hat, daß der Entlassene sich zur Sicherung des Heilerfolges noch eine Zeitlang der Berufstätigkeit enthalten muß. Aber die Bedeutung der Anrechnung der sogenannten Ersatztatsachen ist auf den beiden Versicherungsgebieten eine verschiedene. In der Invalidenversicherung werden sie nach § 1393 RVO. schlechthin angerechnet, sowohl zur Erfüllung der Wartezeit als auch zur Rentenberechnung; in der Angestelltenversicherung dagegen werden sie nach § 51 AngestVersGes. nur angerechnet „als Beitragsmonate im Sinne der §§ 15, 49" (zu vgl. auch § 394 Abs. 3), also nicht auf die Wartezeit.

Kassenwechsel infolge Eintritts der Krankenversicherungspflicht während der Arbeitsunfähigkeit.

11. **Nach Sch.** Antwort: Der Übertritt zu einer anderen Kasse ist an sich sehr wohl auch möglich, während der Versicherte arbeitsunfähig ist und Kassenleistungen bezieht. Voraussetzung für den Übertritt ist freilich, daß das Beschäftigungsverhältnis weiterbesteht (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2a zu § 212). Dieses besteht weiter, wenn der Versicherte auch während der Arbeitsunfähigkeit seinen Entgelt bezog, und wenn er nach der Absicht beider auch weiterhin dem Arbeitgeber zur Verfügung stehen soll (vgl. Hahn, ebenda, Anm. 21 zu § 165). Hieraus ergibt sich folgendes: Ist ein bisher freiwillig Versicherter infolge Ausdehnung der Versicherungspflicht versicherungspflichtig geworden, so tritt er, wenn das Beschäftigungsverhältnis weiterbesteht, in die durch die Veränderung des Beschäftigungsortes inzwischen zuständig gewordene andere Pflichtkasse ein, obwohl er als Arbeitsunfähiger Kassenleistungen bezieht; leistungspflichtig ist nunmehr die andere Pflichtkasse gemäß § 212 RVO.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1290 der ganzen Folge.

37. Jahrgang — 21. August 1920 — Heft 24

Die fälligen Vertreter-Neuwahlen in der Krankenversicherung.

Von Bürgermeister Friedr. Kleeis in Aschersleben.

Der Württembergische Krankenkassenverband hat Mitte Mai 1920 folgendes Schreiben an das Reichsarbeitsministerium in Berlin gerichtet: „Wir machen die häufige Wahrnehmung bei den württembergischen Krankenkassen, daß sich infolge der einschneidenden Änderungen in der Organisation der Krankenversicherung der letzten Zeit die Arbeitgebervertreter in den Kassenvorständen und Kassenausschüssen von der Kassentätigkeit mehr und mehr zurückziehen. Zu einem großen Teil gehen die Arbeitgebervertreter einfach nicht mehr zu den Verhandlungen innerhalb des Vorstandes und des Ausschusses hin. Diese begründen ihre passive Tätigkeit damit, daß sie sowieso machtlos seien und von den zusammenstehenden Versichertenvertretern majorisiert werden. Wir halten diese Zustände für außerordentlich bedenklich und insbesondere für unfruchtbar. Diesem Zustand muß abgeholfen werden. Ihm kann unseres Erachtens nur dadurch abgeholfen werden, daß so rasch als möglich zu Neuwahlen geschritten wird, um so mehr, als die alten Vertreter, die nun bereits sieben Jahre ihr Amt ausüben, ihrer Tätigkeit müde sind. Wir versprechen uns von neuen Elementen wieder ein größeres Interesse und einen besseren Willen der Zusammenarbeit zwischen beiden Vertretergruppen. Wir stellen daher den dringenden Antrag, alsbald nach den Wahlen zum Reichstag auch Neuwahlen bei den Krankenkassen vorzuschreiben."

Der Reichsarbeitsminister übergab das Schreiben u. a. dem preußischen Minister für Volkswohlfahrt, der Abschrift zur Kenntnis und Äußerung binnen drei Wochen den Oberversicherungsämtern zufertigte, ob nach den Verhältnissen der betr. Bezirke eine baldige Neuwahl erwünscht und durchführbar sei. Die Oberversicherungsämter übergaben die Anfrage wieder den Versicherungsämtern, die ihrerseits wieder die Krankenkassen des Bezirks selbst hörten. Soweit die Antworten bekanntgeworden sind, lauten sie recht widerspruchsvoll.

Zunächst sei nach der rein rechtlichen Seite folgendes festgestellt: Die Amtsdauer der Mitglieder der Kassenorgane beträgt nach § 16 RVO. vier Jahre, und da die Wahlen erstmalig im Herbst 1913 stattfanden, hätte schon vor Ablauf des Jahres 1918 eine Neuwahl erfolgen müssen. Indessen sind während des Krieges wiederholt alle nach der Reichsversicherungsordnung vorzunehmenden Wahlen verschoben worden. Nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 11. Januar 1916 (RGBl. S. 39, ArbVers. S. 82) ist die Amtsdauer der Vertreter der Unternehmer oder anderer Arbeitgeber und der Versicherten bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern längstens bis zum Schlusse des Kalenderjahres ausgedehnt worden, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist. In einem Erlaß des preußischen Handelsministers betr. Wahlen von Vertretern der Arbeitgeber und der Ver-

sicherten auf Grund der Reichsversicherungsordnung vom 19. Januar 1917 (HMBl. S. 45) ist hinzugefügt: „Von der Herbeiführung allgemeiner Neuwahlen nach der Reichsversicherungsordnung wird daher, abgesehen von dringenden Fällen, einstweilen Abstand zu nehmen sein.“ Im großen und ganzen ist dieser Anweisung auch entsprochen worden. Es wurden Ergänzungs- oder Neuwahlen nur dort vorgenommen, wo die Bestände der vorhandenen Vertreter so weit aufgezehrt waren, daß die gesetzlich nötige Vollzähligkeit nicht mehr gewährleistet war.

Im Zusammenhang mit den eben erwähnten Verordnungen steht die Bekanntmachung, betr. die Auslegung der Begriffe Friedensschluß und Kriegsende auf dem Gebiete der Arbeiter- und Angestelltenversicherung vom 29. Mai 1920 (RGBl. S. 1081, ArbVers. S. 347). In dieser heißt es: „Soweit in den Reichsgesetzen oder in den reichsgesetzlichen Verordnungen oder Bestimmungen über die Arbeiter- und Angestelltenversicherung ausdrücklich oder dem Sinne nach auf die Beendigung des Krieges oder den Friedensschluß Bezug genommen wird, gilt mangels anderweiter Bestimmung als Zeitpunkt der Kriegsbeendigung oder des Friedensschlusses der 10. Januar 1920.“ Hiernach kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die Amtsdauer der jetzigen Vertreter in der Krankenversicherung eigentlich bis zum Ende des Jahres 1921 währt.

Nun würden schließlich früheren Wahlen, vielleicht gar noch im laufenden Jahr 1920, rechtliche Bedenken nicht entgegenstehen. Der Verband der Betriebskrankenkassen hatte schon einmal an den Staatssekretär des Reichsarbeitsamts eine Anfrage über die Möglichkeit solcher frühzeitigen Wahlen gerichtet und hierauf die Antwort erhalten, daß im Wortlaut der Bekanntmachung vom 11. Januar 1917 (siehe oben), ebenso wie in demjenigen der gleichartigen früheren Bekanntmachungen, von dem Zeitpunkt die Rede ist, bis zu welchem die Amtsdauer der Vertreter „längstens“ erstreckt wird; diese Bekanntmachung sei noch unverändert in Kraft. Hiernach könne die Vornahme von Neuwahlen vor dem genannten Schlußzeitpunkt nicht als unzulässig bezeichnet werden. „Indessen ist es“ — so heißt es in dem Bescheid weiter — „durchaus erwünscht, daß die Wahlperioden bei allen Kassen zu gleicher Zeit beginnen und endigen.“

Dem ist durchaus zuzustimmen. Würde ein Teil der Kassen in diesem, der andere im nächsten Jahre wählen, so käme für alle Folgezeiten eine Unregelmäßigkeit in den Lauf der Amtsdauer der Vertreter bei den einzelnen Kassen, die sehr störend wirken würde. Das zeitliche Auseinanderfallen der Vertreterwahlen bei den Krankenkassen vor Einführung der Reichsversicherungsordnung war schon ein großer Übelstand. Deshalb strebte schon der § 16 RVO. eine Einheitlichkeit an. Die Wahlzeit wurde übereinstimmend auf vier Jahre festgesetzt. Die ersten Wahlen auf Grund der Reichsversicherungsordnung fanden ziemlich gleichzeitig statt, und die erstmalig gewählten Vertreter traten ihr Amt am 1. Januar 1914 an. Dem Bestreben, eine Einheitlichkeit in der Vornahme der Wahlen herbeizuführen, dient auch Artikel 4 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung, wonach für die Zeit bis zum 31. Dezember 1914 der Bundesrat über die Amtsdauer der nach dem alten Recht gewählten Vertreter der Unternehmer sowie der Versicherten bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern nach Bedürfnis bestimmen kann. Die Gesetzgebung ging dabei von der Absicht aus, mit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung auch Zug um Zug eine einheitliche Neuwahl der gesamten Vertreterschaften vornehmen zu lassen. Allerdings wurde dieses Streben schon dadurch gehindert, daß das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung über die Krankenversicherung zuletzt in Kraft trat und daß die Wahlen zu den Ausschüssen der Kranken-

kassen, die doch die Urwahlen für alle späteren und sonstigen Vertreterwahlen sind, außerordentlich spät vorgenommen werden mußten.

Man sollte auch noch heute soviel wie möglich darauf bedacht sein, die Wahlen in einem bestimmten, begrenzten Zeitraum stattfinden zu lassen, um eine Einheitlichkeit zu erzielen. Auf diesen Standpunkt haben sich inzwischen auch die großen Krankenkassenverbände gestellt. Es wird deshalb unerläßlich sein, daß noch ein Gesetz oder eine Verordnung herauskommt, um die fälligen Wahlen zu ordnen, und zwar um so mehr, weil die gegenwärtigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die „Ehrenämter" in der Sozialversicherung durch die politischen Umwälzungen in den letzten Jahren etwas überholt sind. Sie müssen der inzwischen eingetretenen Weiterbildung des demokratischen Gedankens angepaßt werden. Ein Anfang ist ja schon durch die Verordnung der Volksregierung vom 5. Februar 1919 gemacht worden, die z. B. den § 328 RVO. dahin ändert, daß die Vorstandsmitglieder der Ortskrankenkassen in ungetrennter Wahlhandlung den Vorsitzenden des Vorstandes wählen. Die §§ 329, 350 RVO. (getrennte Abstimmungen usw.) wurden ganz aufgehoben, der § 349 dahin geändert, daß bei Orts-, Land- und Innungskrankenkassen immer der Vorstand die bezahlten Angestellten beruft usw. Weiter wurde das abweichende Wahlverfahren bei den Landkrankenkassen mit dem demokratischen der Ortskrankenkassen in Übereinstimmung gebracht.

Zu ändern ist jetzt noch vor allem § 333 RVO., wonach das Wahlrecht nur die beteiligten volljährigen Arbeitgeber und Versicherten besitzen. Hieran ist inzwischen auch nichts geändert worden. Mit Berichtigung vom 29. Januar 1919 (RGBl. S. 23) hat die Reichsregierung die Bestimmung des Aufrufs der Volksregierung vom 12. November 1918, wonach das Mindestalter bei allen Wahlen zu öffentlichen Körperschaften fortan auf 20 Jahre festgesetzt war (zu vgl. darüber Hahn in ArbVers. 1919 S. 3 unter 3), auf die Wahlen zu Vertretungen der Staaten und Gemeinden eingeschränkt. Nunmehr aber die über 20 Jahre alten, aber noch nicht volljährigen Kassenmitglieder von der Wahl auszuschließen, unterliegt deshalb einigem Bedenken, weil dieser Ausschluß, nachdem die jungen Leute bei den Wahlen zu den ungleich wichtigeren verfassunggebenden Reichs- und Landesversammlungen usw. zugelassen waren, von weiten Kreisen der Bevölkerung nicht verstanden würde. Auf eine hierauf abzielende Anfrage bei dem Reichsarbeitsministerium hat dieses (II 1074) folgende Antwort erteilt:

„Die allgemeine Festsetzung eines Wahlalters von 20 Jahren zu den Wahlen für die Staats- und Gemeindevertretungen wird allerdings die Prüfung der Frage notwendig machen, ob den gleichen Grundsätzen nicht auch für die Wahlen zu den übrigen öffentlichen Körperschaften Geltung zu verschaffen ist. Bei Bejahung der Frage wird es aber zunächst einer Änderung der einzelnen einschlägigen Vorschriften im Wege der Gesetzgebung bedürfen. Solange dies nicht geschehen ist, muß nach den bisher geltenden Vorschriften verfahren werden. Dies gilt auch für die Krankenkassen. Bei der zu erwartenden allgemeinen Revision der Reichsversicherungsordnung wird dieser Angelegenheit näher getreten werden."

Sollte sich, was zu befürchten, die bevorstehende, auch nur notdürftige Reform der Reichsversicherungsordnung noch einige Zeit hinziehen, so müßte diese Regelung des Wahlrechts durch ein besonderes Gesetz erfolgen. Dabei sind auch noch einige andere Einrichtungen zu ändern. Es ist z. B. nicht recht einzusehen, weshalb (§ 13 Abs. 2 RVO.) den Arbeitgebern bei den Wahlen zu den Organen der Krankenkassen auch Betriebsbeamte gleichstehen. Im Gegensatz dazu ist es nicht zu verstehen, warum (§ 14 Abs. 2) bei der Kranken- sowie der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (freiwillig) Versicherte

für die Bildung der Organe den Arbeitgebern nur dann zugerechnet werden, wenn sie regelmäßig mehr als zwei Versicherungspflichtige beschäftigen. Man muß auf die Vermutung kommen, daß seinerzeit solchen Verschiebungen nur politische Absichten zugrunde lagen. Zu erwägen wäre auch, ob der § 15, der kurz und bündig nur davon spricht, daß nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt wird, nicht noch einiger Zusätze über die Art des Wahlverfahrens bedarf. Eine Frage ist weiter noch, ob § 21 letzter Absatz aufrechterhalten werden kann, nach dem ehrenamtliche Mitglieder des Vorstandes nicht zugleich besoldete Beamte des Versicherungsträgers sein dürfen, nachdem jetzt auch Gemeindebeamte der Gemeindevertretung angehören dürfen. Einer größeren Deutlichkeit bedarf auch § 24, der von der Amtsenthebung eines Gewählten spricht, wenn von ihm Tatsachen bekannt werden, die seine Vertrauenswürdigkeit ausschließen. Zu erörtern ist auch, ob es sich bewährt hat, bei den Vertreterwahlen das Stimmrecht der einzelnen Arbeitgeber nach der Zahl der versicherungspflichtigen Beschäftigten abzustufen. Vor Einführung der Reichsversicherungsordnung kannte man eine solche Einrichtung nicht. Sollten die Betriebskrankenkassen aufrechterhalten bleiben, so bedürfen auch sie einer Demokratisierung. Nicht aufrechtzuerhalten ist, daß die freiwilligen Versicherten einer solchen Kasse weder wählbar noch wahlberechtigt sind (§ 340 RVO.). Bedenklich ist ferner die Vorschrift, daß in den Organen der Betriebskrankenkasse der Arbeitgeber oder sein Vertreter ein für allemal den Vorsitz führt (§ 338 Abs. 3). Es würde in andere Zweige der inneren Organisation der Krankenversicherung greifen, noch zu erörtern, ob über wichtige Entscheidungen „Urabstimmungen“ der Kassenmitglieder herbeigeführt werden könnten, ob alle Sitzungen öffentlich sind (vgl. Krankenkassen-Zeitung 1920 S. 20) usw.

Zu der im Eingang erwähnten Eingabe des württembergischen Krankenkassenverbandes sei bemerkt, daß die Beobachtungen über eine neu in die Erscheinung tretende besondere Verstimmung oder Nachlässigkeit der Arbeitgebervertreter jedenfalls nicht allgemein zutreffen. Allerdings konnte schon früher festgestellt werden, daß im allgemeinen die Arbeitgeber in den Kassenorganen nicht den Eifer zeigen wie die Versicherten. Es würde zu weit führen, die Gründe eingehend zu untersuchen. Jedenfalls liegen sie zum guten Teil darin, daß die Arbeitgeber häufig die Krankenversicherung als eine nebensächliche, kleinliche Sache ansehen, die es nicht wert ist, ihr so weit gehende Aufmerksamkeit und persönliche Opfer zu widmen. Ihr Tätigkeitsfeld stellt sie vor Aufgaben, die weit mannigfaltiger und bedeutungsvoller sind als die immerhin einförmigen Geschäfte einer Krankenkasse. Anders bei den Vertretern der Versicherten. Sie widmen sich häufig der Krankenversicherung als einer besonderen Aufgabe, an der sie großes Interesse haben und die ihnen Befriedigung im sonst eintönigen Leben bringt. Nicht selten ist ihr Eifer auch aus politischem Empfinden gestärkt. Und dann ist noch ein Umstand nicht zu übersehen, der in dem Materialismus unserer Zeit seine Wurzel hat: Für die Wahrnehmung der Sitzungen wird meist eine in letzter Zeit im allgemeinen auch erhöhte Vergütung gewährt. Die Arbeitgeber beachten sie bei ihren Vermögensverhältnissen häufig nicht; bei den Versicherten bildet sie aber eine Einnahmequelle, die sie sich nicht gern entgehen lassen, da sie in der Regel anderweit zeitlich nicht abgehalten sind. So wirkt eines mit dem anderen.

Zugegeben muß werden, daß sich unter den Vertretern von heute eine ganze Anzahl befinden, die nicht die nötige Eignung und Hingabe an die Sache besitzen und die durch befähigtere und passendere ersetzt werden könnten. Eine Neuwahl würde hier eine bessere Auslese bringen. Das gilt aber nicht nur für die Arbeitgebervertreter, sondern mehr noch für die Versichertenvertreter. Der Krieg hat vielfach die Kassenorgane ihrer trefflichsten Mitglieder aus Arbeiterkreisen

beraubt. Aus diesen Erwägungen heraus wären allerdings baldige Neuwahlen wünschenswert.

Wenn der württembergische Krankenkassenverband etwa andeuten wollte — was man wohl heraushören kann —, daß die Arbeitgeber verärgert sind, weil ihre Rechte in der Kassenverwaltung beschränkte sind, und deshalb die Zurückhaltung üben, und wenn hieraus etwa die Schlußfolgerung gezogen werden soll, daß jene Rechte der Arbeitgeber auszugestalten seien, so wäre dem entschieden zu widersprechen. Hat man auf dem Gebiete der Politik alle Vorrechte aufgehoben und ist man dabei, auch im Wirtschaftsleben die Klassenunterschiede abzubauen, so dürfen erst recht nicht die sozialpolitischen Institute zurückstehen, deren ureigenste Aufgabe doch ist, sozial ausgleichend und versöhnend zu wirken. Wenn sich manche Arbeitgeber nicht an diese Gedankengänge und Tatsachen gewöhnen, so verstehen sie die Zeit nicht, und haben sie aus den Geschehnissen der letzten Jahre nichts gelernt. Man kann auch der Ansicht sein, daß die Rundfrage, namentlich das Anhören der Kassenvorstände selbst, deshalb keine gerade erfreuliche Wirkung hat, weil dadurch politische Auseinandersetzungen notwendig werden, die immer einen bitteren Nachgeschmack hinterlassen.

Alles in allem: An sich sind baldige Neuwahlen der Vertretungen in der Krankenversicherung wünschenswert, doch muß zunächst eine Nachprüfung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung im Sinne der Anpassung an unsere allgemeinen politischen Einrichtungen erfolgen. Ob das so rasch möglich ist, daß in diesem Jahre noch die Neuwahlen stattfinden können, ist mehr wie fraglich. Weiter muß auch für die Wahlen ein möglichst einheitlicher Termin vorgesehen werden, um daran anschließend gleichzeitig für das Reich die sonstigen Vertreterwahlen, namentlich für die Versicherungsbehörden, vornehmen zu können.

Wirkung verkürzter Arbeitszeit auf Beiträge und Leistungen der Krankenversicherung.

Von L. Brucker, Syndikus des Württembergischen Krankenkassen-Verbandes in Stuttgart.

Die gegenwärtige wirtschaftliche Krise bringt allerorten Betriebseinschränkungen und Betriebseinstellungen. Neben Entlassungen finden zahlreiche für die Arbeiter recht einschneidende Arbeitsverkürzungen statt. Sie verursachen bedeutende Lohnausfälle in verschiedener Art. Entweder sinkt die Arbeitszeit für sämtliche Arbeiter des Betriebs unter die Norm von täglich acht Stunden, oder sämtliche Arbeiter setzen an gewissen Tagen der Woche oder zwischen hinein eine volle Woche aus, oder dieses Aussetzen erfolgt schichtweise. Neben den Lohnausfällen bewirkt die Arbeitsverkürzung aber auch noch eine Minderung der Krankenversicherung.

Die baren Leistungen und die Beiträge richten sich nach dem Grundlohn, und der Grundlohn wiederum nach dem Gesamtarbeitsverdienst. Ist z. B. der durchschnittliche Tagesentgelt 30 *M*, so beträgt das Krankengeld bei den Stuttgarter Ortskrankenkassen 19,50 *M* täglich. Der Grundlohn berechnet sich aus der Summe der Arbeitsverdienste in einer Woche oder in einem Monat, geteilt durch die Tage, an denen der Versicherte tatsächlich arbeitet oder doch dem Arbeitgeber zur Verfügung steht. Der Arbeiter steht dem Arbeitgeber z. B. am Samstag nicht zur Verfügung, wenn bestimmungsgemäß am Samstag nicht gearbeitet wird. Arbeitet das Kassenmitglied z. B. drei Wochen zu je fünf Tagen innerhalb vier Wochen bei einem Tagesverdienst von 30 *M* und steht es am 6. Tage jener 3. Woche zur Verfügung (nicht aber in der 4. Woche), so ist sein durchschnittlicher Tagesentgelt 450 *M* verteilt auf 18 Arbeitstage = 25 *M*. Es sind also Beiträge und Leistungen der

Lohnstufe von 25 M zu berechnen. Sowohl Beiträge als auch Krankengeld werden nach versicherungsrechtlichen Entscheidungen auf Grund der Zahl der Arbeitstage berechnet. Als Arbeitstage gelten die Tage, an denen das Kassenmitglied nach allgemeinen Regeln des Gewerbes, des Betriebes, überhaupt der Art seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung zu arbeiten oder sich zur Verfügung zu halten hatte. Es ist daher auch für die Tage als Arbeitstage das Krankengeld zu bezahlen, an denen der Betrieb ruhte, wenn nicht dieses Ruhen der Arbeit rechtzeitig vorher bekanntgegeben und der Versicherte so in die Lage versetzt worden ist, seine Arbeitskraft anderweitig zu verwerten. Im vorliegenden Fall hätte also das Kassenmitglied in vier Wochen Krankengeld für 3 mal 6 Tage zu beanspruchen, und es wären während vier Wochen Beiträge nur für drei Wochen, jede Woche zu sechs Tagen berechnet, zu bezahlen.

Ist der Lohn durch die Verkürzung der Arbeitszeit ein verminderter, so hat dieser Mißstand, vom rein rechtlichen Standpunkt aus betrachtet, eine veränderte Lohnstufeneinreihung zur Folge. Voraussetzung hierfür ist jedoch, daß diese Verminderung des Arbeitsverdienstes nicht nur vorübergehend, d. h. nicht nur für eine unerhebliche Zeit eintritt. Der Begriff „unerheblich" kann unter Berücksichtigung des § 318 Abs. 2 RVO. einen Zeitraum bis zu vier Wochen (eine Einzugsperiode) umfassen, wenn nicht die Satzung anders bestimmt. Diese Gesetzesbestimmung sagt: „Ändert sich der Lohn, so ändert sich die Lohnstufe, wenn nicht die Satzung anders bestimmt, erst mit der nächsten Beitragszahlung." Mangels einer anderweitigen Satzungsbestimmung greift die veränderte Lohnstufeneinteilung erst mit dem Beginn der auf die Arbeitsverkürzung folgenden Einzugsperiode Platz. Der Ansicht, daß eine Verminderung des Lohnes infolge vorübergehender Verkürzung der Arbeitszeit, insbesondere dann, wenn der Arbeiter sich während derselben zur Verfügung des Arbeitgebers halten muß, nicht unbedingt eine veränderte Lohnstufeneinteilung zur Folge haben muß, ist im Hinblick auf § 382 RVO. entgegenzutreten, welcher bestimmt: „Die Satzung kann gestatten, daß Versicherte, die vorübergehend einen geringeren Lohn beziehen, in ihrer alten, höheren Lohnklasse versichert bleiben, wenn sie den Mehrbetrag des Beitrages selbst übernehmen oder der Arbeitgeber zustimmt."

Abgesehen vom Rechtsstandpunkt ist sowohl im Interesse der Versicherten als auch im Hinblick auf die den Krankenkassen erwachsende umständliche und kostspielige Mehrarbeit dringend zu empfehlen, daß Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Sinne des § 382 Vereinbarungen treffen. Dem Arbeitgeber selbst bringt die Grundlohnermäßigung, d. h. eine niedrigere Versicherung, in den meisten Fällen große Schwierigkeiten und Widerwärtigkeiten. Da es dem Arbeitnehmer bei seinem zum Teil recht erheblichen Lohnausfall sehr schwer fallen wird, bei Belassung in der seitherigen Lohnstufe die Mehrbeträge des Beitrages ganz zu übernehmen, so sollte jeder Arbeitgeber erwägen, ob er nicht bei der allgemeinen Erregung der Arbeiter Anlaß hat, die Versicherung in der seitherigen Lohnstufe bis auf weiteres fortbestehen zu lassen. Die Versicherten selbst werden auch gerne mit dieser Belassung einverstanden sein und den auf sie seither entfallenden Anteil bezahlen in der Hoffnung, daß eine Wiedereinführung der regelmäßigen Arbeitszeit bald wieder in Aussicht zu nehmen ist, und in dem Bewußtsein, daß sie wenigstens in der Zeit der Krankheit und Not von der Krankenkasse ordentlich versorgt werden.

In Erkrankungsfällen, welche vor dem Inkrafttreten der Arbeitseinschränkung eingetreten sind, sind das Krankengeld und die sonstigen Barleistungen von den Krankenkassen so zu gewähren, wie wenn die Arbeitseinschränkung überhaupt nicht bestehen würde; denn auch wenn dadurch eine Änderung des Grundlohnes bewirkt wird, hat diese keinen Einfluß auf Versicherungsfälle, die bereits vorher eingetreten sind (§ 211 RVO.). Zu bemerken wäre noch, daß im oben angeführten Falle des Ausfalles von

Arbeitstagen, wenn nicht Arbeitgeber und Arbeitnehmer sich über Fortversicherung in der seitherigen Lohnstufe geeinigt haben, zwar Krankengeld nicht zu bezahlen ist; der Anspruch auf Wochengeld jedoch sowie auf freien Arzt und Apotheke ist auch für diese Tage gegeben.

In einem besonderen Falle versuchte eine Betriebskrankenkasse wohl ihre Versicherten in der seitherigen Lohnstufe zu belassen und von ihnen die seitherigen Beitragsteile zum Einzug zu bringen, jedoch dem Arbeitgeber den gesetzlichen Anteil der verminderten Lohnstufe in Anrechnung zu bringen. Dieses Verfahren ist selbstredend gesetzlich unzulässig. Der Ausfall der Arbeitgeberbeiträge, die ja wohl nach § 382 RVO. auf die Versicherten im Wege der Vereinbarung abgewälzt werden können, würde tatsächlich zu Lasten der Betriebskrankenkasse selbst, d. h. auf Kosten von deren Rücklage gehen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Eine Satzungsbestimmung über Berechnung des durchschnittlichen Tagesentgelts (§ 180 RVO) wird nicht dadurch hinfällig, daß sie infolge veränderter Verhältnisse unbillig oder unzweckmäßig erscheint.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** (2. Rev. Sen.) v. 20. April 1920.

Gegen die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt auf Grund von § 1693 Abs. 1 RVO. bestehen keine Bedenken, da das Oberversicherungsamt in der vorliegenden Streitsache nach § 1695 Nr. 1 RVO. endgültig zu entscheiden haben würde und es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelte.

Hinsichtlich der Berechnung des durchschnittlichen Tagesentgelts, der nach § 180 Abs. 1 und 2 RVO. maßgebend ist für die Bemessung des Grundlohns, enthält das Gesetz selbst keine Vorschriften. Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 1787, Amtl. Nachr. 1913 S. 827, ausgeführt hat, bringt § 180 Abs. 2 — nur dieser kommt hier in Frage — gegenüber dem früheren Recht (§ 20 Abs. 2 KrankenversGes.) in dieser Hinsicht keine Neuerung; es ist also ebenso wie bisher davon auszugehen, daß die durch § 180 Abs. 2 RVO. zugelassene Einteilung der Kassenmitglieder nach Lohnstufen dem Zwecke dient, die Höhe der Beiträge und baren Leistungen möglichst dem wirklichen täglichen Arbeitsverdienste des einzelnen Mitgliedes anzupassen. Das gilt insbesondere auch von Kassenmitgliedern, deren Löhnung nach Akkordsätzen oder sonst in wechselnder Höhe erfolgt. Hier ist der Tagesverdienst nach einer billigen Durchschnittsberechnung zu ermitteln, über die die Satzung der Kasse das Nähere zu bestimmen hat (zu vgl. H o f f m a n n, Kommentar 5. Aufl., Anm. 7, Abs. 2 zu § 180, H a h n, Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Aufl., Anm. 3 zu § 180; Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsger. vom 3. Februar 1913 in ArbVers. 1913 S. 345). Ob die in § 10 der Satzung der Beklagten gewählte Berechnungsart im Einzelfalle g e g e n w ä r t i g immer der Billigkeit entspricht, kann in der Tat zweifelhaft sein. Vorliegend ist jedenfalls nicht zu verkennen, daß der für den Kläger gemäß der Satzung ermittelte Durchschnittsverdienst hinter dem Arbeitsverdienst, den er vor seiner Erkrankung erzielte, infolge der im Kriege eingetretenen außergewöhnlichen Lohnerhöhungen nicht unwesentlich zurückbleibt. Das berechtigt aber jedenfalls nicht dazu, die fragliche Satzungsbestimmung gegebenenfalls als rechtsungültig zu erachten. Nach § 180 Abs. 3 bedarf die Festsetzung des durchschnittlichen Tagesentgelts gemäß § 180 Abs. 1 und 2 der Zustimmung des Oberversicherungsamts (Beschlußkammer). Diese ist nach freiem Ermessen zu erteilen und kann gemäß § 324 Abs. 3 versagt werden, wenn die Festsetzung der Durchschnittslöhne unzweckmäßig erscheint. Die in Frage stehende Bestimmung über die Berechnung der Durchschnittslöhne findet sich in der Satzung der Beklagten vom 30. Juni 1913, ist also jedenfalls vor Kriegsausbruch erlassen und vom Oberversicherungsamt gebilligt worden. Damals war auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte sowohl wie insonderheit bei der Firma C. Z. mit einer gewissen Stetigkeit der Arbeits- und Lohnverhältnisse zu rechnen; außergewöhnliche sprunghafte Lohnsteigerungen, wie sie erst geraume Zeit nach Kriegsausbruch sich einstellten, waren nicht zu erwarten. Das Oberversicherungsamt hat daher damals offenbar unbedenklich seine Zustimmung erteilt, weil die fragliche Satzungsbestimmung z. Zt. ihres Erlasses, im Jahre 1913, durchaus zweckmäßig war und der Billigkeit entsprach. Ob sie später infolge der durch den Krieg veränderten Verhältnisse noch der Billigkeit entsprach oder jetzt noch entspricht, kann dahinge-

stellt bleiben. In letzterem Falle würde es dem zur Änderung der Kassensatzung berufenen Organ, das ist dem Ausschuß, überlassen bleiben müssen, auf Abänderung der Satzung hinzuwirken. Da die Vertreter der Versicherten im Ausschuß die Mehrheit haben (§ 338 Abs. 3 RVO., § 38 Abs. 5 der Satzung der Beklagten), so ist damit das Interesse der Versicherten auch insoweit hinreichend gewährleistet. Hiernach sind jedenfalls die Instanzen des Spruchverfahrens vorliegend nicht in der Lage, die Rechtsgültigkeit der fraglichen Satzungsbestimmung zu beanstanden.

Ebensowenig ist es gerechtfertigt, das dem Kläger zukommende Krankengeld um deswillen nach einer höheren Lohnstufe zu berechnen, weil, wie es nach der bei den Akten befindlichen Lohnkarte des Klägers den Anschein hat, die Beiträge nicht nach dem gemäß § 10 der Kassensatzung für die Leistungen der Kasse maßgebenden Grundlohn, sondern nach dem vom Kläger im Jahre 1917 tatsächlich erzielten Arbeitslohn berechnet worden sind. Nach § 385 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung sind die Beiträge allerdings in Hundertsteln des Grundlohns zu bemessen, das ist desjenigen Grundlohns, der für die baren Leistungen der Kasse maßgebend ist (§ 180 RVO.). Eine etwaige Verletzung dieser Vorschrift würde für den Kläger nicht die Gewährung höherer Barleistungen im Erkrankungsfalle rechtfertigen, vielmehr wäre lediglich zu prüfen, ob die Beiträge in der zulässigen Höhe berechnet worden sind. . . .

Kosten der Überführung des Kranken ins Krankenhaus. — Zuständigkeit des Versicherungsamts?

Urteil des **Versicherungsamts der Stadt Berlin** vom 12. Mai 1920.
(V. A. K. 9917/19).

Der Kläger behauptet: Am 21. April 1919 habe seine inzwischen verstorbene Tante Ww. Anna M., die Mitglied der Ortskrankenkasse gewesen sei, während eines Besuches bei Frau H. in Sch. spät abends plötzlich einen Schlaganfall erlitten, aus welchem Grunde sofort ein in der Nähe wohnender Arzt herbeigerufen worden sei. Dieser habe, da es sich um einen dringenden Nachtbesuch gehandelt habe und längere Zeitversäumnis infolge telephonischer Anfragen bei einigen Krankenhäusern wegen Aufnahme der Erkrankten entstanden sei, 15 ℳ liquidiert, welche Forderung die Kasse im Laufe des Streitverfahrens auch anerkannt hatte. Erst am Vormittag des nächsten Tages habe der Transport mittels Krankenwagens der Firma S. nach dem Krankenhause F. erfolgen können, für den 70 ℳ im voraus hätten bezahlt werden müssen. Die Übernahme dieser Kosten im vollen Umfange werde von der Kasse abgelehnt; sie wolle lediglich 18 ℳ erstatten.

Die Kasse hat sich zur Bezahlung des taxmäßigen Betrags an Fuhrkosten bereiterklärt und Abweisung des Mehranspruchs beantragt, weil sie zwar die Krankenhauspflegekosten übernommen habe, dadurch aber nicht verpflichtet sei, jeden beliebigen, von dem Fuhrunternehmer berechneten und diesem bezahlten Betrag zu erstatten.

Das Versicherungsamt hat die Kasse zur Zahlung des vollen Betrages von 70 ℳ verurteilt aus folgenden Gründen:

Streitig sind jetzt noch die Transportkosten für die inzwischen verstorbene Witwe M. im Gesamtbetrage von 70 ℳ. Der Schlaganfall, welcher das Kassenmitglied in der Wohnung ihrer Bekannten, Frau H., traf, hatte nach der glaubhaft erscheinenden Mitteilung des Klägers eine tagelange Besinnungslosigkeit und Sprachunvermögen zur Folge gehabt. Im vorliegenden Falle hatte die Kasse die Krankenhauspflege gewährt und die vollen Kosten übernommen. Zu der Verpflegung gehören aber auch die Leistungen, welche notwendig sind, um die Pflege zu ermöglichen, insbesondere auch der Transport in das Krankenhaus (vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2d zu § 184). Bei dem Zustande der Erkrankten ist die Krankenhausbehandlung für nötig befunden worden, die der zuerst hinzugezogene Arzt, indem er sich mit dem Bettennachweis des Magistrats in Verbindung setzte, in die Wege geleitet hat. Hiernach war die Kasse verpflichtet, die Transportkosten dem Grunde nach zu übernehmen. Aber auch gegen die geforderte Höhe ist nichts einzuwenden. Die Erkrankte selbst war nicht imstande, über ihre Kassenmitgliedschaft Auskunft zu geben, und Frau H. befand sich in gutem Glauben, als sie die Kassenmitgliedschaft der Patientin verneinte, da sie wußte, daß diese nicht beruflich tätig war. Es ist auch fraglich, ob die Firma S., selbst wenn eine richtige Auskunft gegeben worden wäre, einen niedrigeren Preis verlangt hätte, da ein Kostenübernahmeschein der Kasse nicht vorgelegt werden konnte. Bei der Dringlichkeit des Falles war ein solcher bis zur Zeit des Transportes nicht mehr zu beschaffen. Daß das entfernte Krankenhaus F. aufgesucht werden mußte, lag lediglich daran, daß in dem nähergelegenen z. Zt. kein Bett mehr frei war. Unter diesen Umständen kann dem Mitglied nicht zugemutet werden, die Mehrkosten zu tragen. Es muß der Kasse anheimgegeben werden, mit der Firma S. sich wegen Rückgabe des überhobenen Betrages auseinanderzusetzen. Da nach Angabe des Klägers Frau H. die Rechnung beglichen hat, der Kläger ihr aber nachgewiesenermaßen den Betrag ersetzt hat, so war die Beklagte zu verurteilen, die 70 ℳ dem Kläger zu erstatten.

Anmerkung: Das Versicherungsamt hat unterlassen, seine Zuständigkeit zu prüfen. Sie war nicht gegeben. Denn es handelte sich nicht um einen Streit über „Leistungen aus der Krankenversicherung" (§ 1636), d. h. über den Anspruch eines unmittelbar aus der Krankenversicherung Berechtigten (oder eines Rechtsnachfolgers; zu vgl. Hahn in ArbVers. 1916 S. 293), sondern um einen

Anspruch auf Grund einer Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 677, 679 BGB.), über den zu entscheiden das ordentliche Gericht berufen war, wenngleich eine der Anspruchsgrundlagen versicherungsrechtlicher Natur war.

Kein Erlöschen freiwilliger Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 RVO. bei zulässiger Aufrechnung der Beiträge. — Entscheidung über Ansprüche nur dem Grunde nach.

Rev. Entsch. des sächs. Landesversicherungsamts v. 21. Februar 1920.

. . . Nach den dem angefochtenen Urteile zugrunde liegenden tatsächlichen Feststellungen hat der Kläger zunächst am 30. Juni 1918, dem Zahltage dieses Monats, die Beiträge der beiden, die Zeit vom 26. Mai bis mit 8. Juni 1918 umfassenden, seiner Erkrankung am 11. Juni 1918 vorhergehenden Wochen in Höhe von 3,60 *M* nicht bezahlt. Er hat auch am nächsten Zahltage, dem 31. Juli 1918, nicht den Beitrag entrichtet, den er mit 1,80 *M* für die seiner Genesung folgende Woche vom 21. bis 27. Juli 1918 der Beklagten schuldete. Wenn er auch der Beklagten 1,80 *M* mit der Bestimmung der Verrechnung auf seinen Julibeitrag zugesandt hat, so ist dies doch erst — wie er selbst einräumt — am 3. August 1918, also nicht am Zahltage, geschehen, wozu (zu vgl. § 393 Satz 3 RVO., § 269 Abs. 1, § 270 Abs. 1 Bürgerl. Gesetzb.) erforderlich gewesen wäre, daß er das Geld an diesem Tage an seinem Wohnorte bei der Post eingezahlt hätte. Danach hat er zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichtet. Da auch seit dem ersten dieser Zahltage am zweiten vier Wochen vergangen waren, so lag mit dem Ablaufe des Julizahltages der Tatbestand des § 314 Abs. 1 Satz 1 RVO. vor, sofern nicht anzunehmen ist, daß die vom Kläger zuerst am 9. September 1918 geltend gemachte Gegenforderung aus dem Verlage für die in die Monate Februar und April 1918 fallende ärztliche Behandlung seines Kindes in Höhe von 4,90 *M* tatsächlich vor dem Junizahltage entstanden war und deshalb zufolge seiner Aufrechnung mit dieser Gegenforderung die Beitragsforderung der Beklagten für den Monat Juni 1918 von 3,60 *M* als im Zeitpunkt des Entstehens erloschen zu gelten hat (§ 389 Bürg. Gesetzb.). Wenn aber dies auch anzunehmen wäre, so würde der Tatbestand des § 314 Abs. 1 Satz 1 RVO. dennoch vorliegen, weil der Kläger, der seinen Julibeitrag verspätet bezahlt hat, auch die Entrichtung seiner Augustbeiträge wiederum am Zahltage unterlassen hat. Zufolge der Aufrechnung, die er am 9. September 1918 unter Geltendmachung der Gegenforderung von 4,90 *M* erklärt hat, würde — sofern diese Gegenforderung vor Ende Juni und jedenfalls vor Ende August entstanden war — nach Tilgung der Junibeitragsforderung der Beklagten durch diese Aufrechnung nur ein 1,30 *M* betragender Teil der Augustbeiträge zufolge der Rückwirkung der Aufrechnung als rechtzeitig bezahlt gelten können. Die weiterhin am 9. September 1918 vom Kläger erklärte Aufrechnung mit der frühestens am 3. desselben Monats entstandenen Gegenforderung aus einem Verlage für Arznei von 6,95 *M* würde zwar zum Erlöschen der Beitragsforderung der Beklagten in gleicher Höhe, nicht aber mit Rückwirkung bis zum Augustzahltage geführt, übrigens auch die Forderung der Beklagten auf Bezahlung der Augustbeiträge nicht vollständig zum Erlöschen gebracht haben.

Die Mitgliedschaft des Klägers ist deshalb jedenfalls mit dem Ablaufe des Monats August 1918 erloschen, wenn nicht der Einwand, den er aus der bisherigen Gepflogenheit der Beklagten herleitet, gegen seine Forderungen mit ihren Beitragsforderungen aufzurechnen, als durchschlagend anerkannt werden muß. Nach § 314 Abs. 1 Satz 1 RVO. führt bereits die Tatsache der Nichtentrichtung der Beiträge zweimal nacheinander am Zahltage, sofern seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind, zum Erlöschen der Mitgliedschaft. Aus der Entstehungsgeschichte dieser Gesetzvorschrift (zu vgl. hierüber, und zwar zu § 28 KrVersGes., Jahrbuch des Sächs. Oberverwaltungsgerichts Bd. 10 S. 146 und die hier angezogenen stenographischen Berichte der Verhandlungen des Reichstages, sowie Hanow-Hofmann, 2. Aufl. Anm. 1 zu § 314 RVO. S. 373) folgt ebenso, wie aus deren Zwecke, die Kassen gegen Verluste und gegenüber zahlungsunfähigen oder zahlungsunwilligen Versicherungsberechtigten zu schützen, deren Beiträge nicht auf dem im allgemeinen sicheren Wege des § 393 Satz 1 RVO., sondern nur von den Versicherten selbst (Satz 3 a. a. O.) eingezogen werden können, daß es sich um eine Vorschrift zwingender Natur handelt, der gegenüber bloße Billigkeitsrücksichten keine Beachtung finden können (zu vgl. ObVerwGer. a. a. O. S. 146, 147, auch Reger, Entsch. Bd. 14 S. 256 flg.). Nicht dagegen erfordern Wortlaut und Zweck der strengen Regelung, daß die Verwirkung der Mitgliedschaft auch dann eintrete, wenn das Unterbleiben der Leistung die Folge eines vom Beitragspflichtigen nicht zu vertretenden, zufälligen Umstandes ist. Die Frage also, ob § 314 Abs. 1 Satz 1 RVO. eine Ausnahmevorschrift insoweit darstelle, als sie dem Beitragsschuldner die ihm nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen zukommende Entlastung durch den Nachweis ihm nicht anrechenbarer Versäumungen versage, ist deshalb zu verneinen. Vielmehr sind, was auch bisher in der Rechtsprechung geschehen ist (zu vgl. Rev. Entsch. 2371 in Amtl. Nachr. des RVA. 1917 S. 543 flg. und Rev. Entsch. 45 in Grunds. Entsch. des LVAmtes Bd. 2 S. 39), die Grundsätze vom Verzuge (§§ 284, 285 Bürg. Gesetzb.) anzuwenden. Sie können allerdings nur in seltenen

Fällen zu einer Entlastung des Beitragsschuldners führen. Denn es handelt sich lediglich um Geldleistungen, weshalb nach § 279 Bürg. Gesetzb. das subjektive Unvermögen den Schuldner nicht befreit, mag es ein dauerndes oder vorübergehendes und mag es von vornherein vorhanden oder nachträglich eingetreten sein; er hat dafür ohne Rücksicht auf den Grund des Unvermögens, also auch ohne Verschulden, einzustehen (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 75 S. 336, 337). Es ist deshalb zutreffend, wenn die Ausleger der RVO. (zu vgl. Stier-Somlo S. 634 Anm. 3e, a. E.; Hahn, Handb. der KrVers. S. 502 Anm. 1 a. a. E.; Haenel, S. 346 Anm. 5 zu § 314; siehe auch ArbVers. 1903 S. 476 Nr. 2, 1905 S. 764 f.) die Beachtlichkeit mangelnden Verschuldens beim Verzuge, soweit dieser auf dem Unvermögen des Schuldners zur Leistung beruht, schlechthin verneinen. Zur Entlastung des Beitragspflichtigen können aber Umstände dienen, die außerhalb der hiermit gezogenen Grenzen liegen. Einen solchen Umstand macht der Kläger geltend, wenn er behauptet, er habe davon ausgehen dürfen, daß die Beklagte seine Mitgliedsbeiträge nicht bezahlt haben wolle, sondern sich dafür durch Aufrechnung befriedigen werde. Damit ist er zu hören, sofern er zu seiner Annahme ohne Verstoß gegen die im Verkehr erforderliche Sorgfalt gelangen durfte (§ 276 BGB., zu vgl. Reichsger. in Warneyers Rechtspr. 1917 Nr. 48 S. 64). Diese Voraussetzung ist gegeben und aus diesem Grunde zu einem mit dem der Ausführungen in der Arbeiter-Versorgung 1912 S. 406 Nr. 6 übereinstimmenden Ergebnisse zu gelangen.

Denn das Berufungsgericht hat entsprechend dem, was tatsächlich die Akten ergeben, festgestellt, daß die Beklagte in den früheren Jahren — wenn nicht bei jeder sich darbietenden Gelegenheit, so doch in den Jahren 1915 bis in den April 1918 fast regelmäßig — von der ihr übereinstimmend mit § 223 Abs. 2 und 3 RVO. in § 17 ihrer Satzung gegebenen Befugnis Gebrauch gemacht, nämlich gegen die Forderung des Klägers mit ihren Forderungen auf Leistung der Kassenbeiträge aufgerechnet hat. Danach konnte das Berufungsgericht auch ohne Bedenken weiter feststellen, der Kläger habe, ehe er aus der Höhe der am 2. September 1918 ihm zugegangenen Zahlung erkannte, daß die Beklagte von ihrer Aufrechnungsbefugnis diesmal keinen Gebrauch gemacht habe, annehmen dürfen, daß sie sich für die von ihm an den Zahlungstagen der Monate Juni, Juli und August 1918 geschuldeten Beiträge durch Aufrechnung befriedigen werde. Sie würde mit solcher Aufrechnung nicht die ihrer Befugnis dazu durch § 223 Abs. 3 RVO. (§ 17 Abs. 2 ihrer Satzung) gesteckte Grenze überschritten haben; der Rest seiner Forderung, den er erst am 2. September 1918 empfing, war mehr als genügend, um im Wege der Aufrechnung zur Befriedigung der Beklagten wegen ihrer Beitragsforderung zu führen. Er hat demnach nicht die im Verkehr erforderliche Sorgfalt verletzt, als er in der Annahme, die Beklagte wolle und werde sich durch Aufrechnung befriedigen, seine Leistungen unterließ, und das Berufungsgericht hat mit Recht die Fortdauer der Mitgliedschaft des Klägers über den 31. August hinaus angenommen sowie im Hinblick auf die durch das vorliegende ärztliche Zeugnis als seit dem 23. September 1918 bestehend bescheinigte erneute Erkrankung des Klägers die Beklagte für verpflichtet erachtet, dem Kläger die begehrte Krankenpflege zu gewähren.

Das Berufungsurteil weist die Berufung gegen die Entscheidung des Versicherungsamts zurück, in der festgestellt wird, daß die Löschung des Klägers als Mitglied der Beklagten und die Verweigerung der Kassenleistungen zu Unrecht erfolgt sei. Auch das angefochtene Urteil enthält also neben der nur einen Entscheidungsgrund wiedergebenden Beantwortung der Frage nach der Mitgliedschaft des Klägers als der Voraussetzung der von ihm begehrten Leistung, über die zu entscheiden ist, lediglich die Feststellung der Verpflichtung der Beklagten zu der vom Kläger verlangten Krankenhilfe. Der Klageanspruch wird damit ohne Verurteilung der Beklagten zur geforderten Leistung dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Ein solches Verfahren ist nach § 1668 Abs. 2 RVO. auch im Spruchverfahren, jedoch nur ausnahmsweise und unter Voraussetzungen zulässig, die im vorliegenden Falle nicht gegeben sind. Ob die Zulässigkeit des gleichwohl von den Vorinstanzen eingeschlagenen, in ihr Ermessen gestellten Verfahrens vom Revisionsgericht nachgeprüft werden darf (zu vgl. Hanow-Lehmann, Anm. 2 und 3 zu § 1668 S. 293), kann unerörtert bleiben. Jedenfalls ist unter den vorliegenden Umständen, beim Vorrücken der reinen Rechtsfrage in die erste Reihe, sowie beim Feststehen der dem Kläger als Mitglied der Beklagten zukommenden Leistungen, zumal im Hinblick auf die vom Kläger in der Revisionsinstanz hierzu abgegebene Erklärung, in dem Verfahren der Vorinstanzen ein wesentlicher Mangel nicht zu finden (§ 1698 Nr. 2 RVO.) und deshalb, da die angefochtene Entscheidung sonst sachlich sich rechtfertigt, die Revision der Beklagten als unbegründet zurückzuweisen.

B. Zur Angestelltenversicherung.

Beanstandung von Beiträgen: § 208 gilt auch für Abfindungen, ist auch nach dem Tode des Versicherten und noch im Berufungsverfahren zulässig.

Urteile des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** a) v. 15. Januar 1920 (P. 120/19); b) v. 22. Januar 1920 (P. 177/19).

a)

Die Entscheidung des Rechtsstreits hängt davon ab, ob Dora H. 60 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt hat. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist die dauernde Berufsunfähigkeit der Versicherten unzweifelhaft am 23. April 1918 eingetreten. Mit diesem Tage hat Dora H. infolge Fortschreitens der Tuberkulose ihre Berufstätigkeit endgültig aufgegeben, weil sie — wie die ärztlichen Gutachten bestätigen — zur Weiterführung irgendeiner Berufstätigkeit nicht mehr in der Lage war. Eine Besserung ihres Zustandes war schon damals ausgeschlossen. Mit der dauernden Berufsunfähigkeit war der Versicherungsfall eingetreten, und damit war die Fortentrichtung von Beiträgen für Dora H. unzulässig. Nach § 208 Versicherungsges. für Angest. kann jedoch der Rentenanspruch nicht mit der Begründung, daß die nach Eintritt des Versicherungsfalles entrichteten Beiträge zu Unrecht geleistet worden seien, abgelehnt werden, wenn die Reichsversicherungsanstalt nicht innerhalb eines Jahres nach der Einzahlung der Beiträge die Versicherungspflicht oder das Recht zur freiwilligen Versicherung beanstandet hat. In dem hier zu entscheidenden Falle handelt es sich allerdings nicht um einen Rentenanspruch, sondern um einen *Anspruch auf Abfindung durch Rückgewährung der Hälfte der für die Versicherte eingezahlten Beiträge*. Für eine abweichende Beurteilung der Gültigkeit der Beiträge bei Abfindungsansprüchen würde es aber an jedem inneren Grunde fehlen. Es muß daher angenommen werden, daß § 208 Versicherungsges. für Angest. auch für Abfindungsansprüche gilt (zu vgl. *Mentzel-Schulz-Sitzler*, Kommentar Anm. 4 zu § 208).

Das Oberschiedsgericht hat bereits in der grundsätzl. Entsch. Nr. 352 („Angestelltenversicherung" 1919 S. 165) ausgesprochen, daß § 208 auch dann Anwendung findet, wenn es sich um Beiträge handelt, die — wie in dem zu entscheidenden Falle — nach Eintritt des Versicherungsfalls geleistet worden sind. Nun ist das Beanstandungsschreiben in dem gegebenen Falle zwar von der Reichsversicherungsanstalt vor dem Tode der Versicherten gefertigt, aber erst nach dem Tode der Versicherten eingegangen. Die Beanstandung wird erst mit dem Eingang wirksam (zu vgl. die oben erwähnte Entsch. Nr. 352 und *Mentzel-Schulz-Sitzler* Anm. 3 zu § 208). Darauf, daß die *Beanstandung der Beiträge nach dem Tode der Versicherten* nicht mehr zulässig wäre, lassen weder der Wortlaut noch der Zweck des § 208 oder seiner Entstehungsgeschichte schließen. Die gegenteilige Auffassung würde die Rechtslage der Reichsversicherungsanstalt noch weit über den Wortlaut der Sondervorschrift des § 208 hinaus verschlechtern und die Beanstandung selbst unter Umständen so einschränken, daß die Beanstandung praktisch unmöglich würde. Die Versagung der Beanstandung nach dem Tode des Versicherten könnte man nur von dem Gesichtspunkt aus rechtfertigen, daß der Tod des Versicherten den Versicherungsfall für die Ansprüche der Hinterbliebenen bildet. Daß der Eintritt des Versicherungsfalls die Beanstandung nicht ausschließt, ist aber bereits in der erwähnten Entscheidung Nr. 352 ausgesprochen.

Die Beanstandung muß dem Versicherten selbst oder dem Arbeitgeber oder dem aus der Versicherung Berechtigten zugegangen sein (zu vgl. die Entsch. Nr. 352 und *Mentzel-Schulz-Sitzler* Anm. 3 zu § 208). Hier hatte die Reichsversicherungsanstalt die Beanstandungserklärung an die Versicherte selbst gerichtet, die bei ihrem Eingang schon verstorben war. Die Klägerin, die mit der Versicherten in häuslicher Gemeinschaft gelebt hatte, hat aber das die Beanstandung enthaltende Schreiben in Empfang genommen und daraus den klaren Willen der Reichsversicherungsanstalt ersehen, die Beiträge nicht gelten zu lassen. Die Sachlage ist daher ebenso anzusehen, wie wenn die Reichsversicherungsanstalt das Schreiben an die Klägerin selbst gerichtet hätte.

b)

Der Kläger ist seit dem 12. September 1916 dauernd berufsunfähig. Die seit Dezember 1916 für die freiwillige Versicherung entrichteten Beiträge sind demnach unwirksam, soweit ihnen nicht der Schutz des § 208 Versicherungsges. für Angest. zugute kommt. Der Auffassung des Schiedsgerichts, daß die von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gleichzeitig mit der Berufung erklärte Anfechtung der Beitragsleistung nach § 208 unzulässig gewesen sei, hat sich das Oberschiedsgericht nicht anschließen können. Der Umstand, daß der Rentenausschuß auch die nach dem Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit des Klägers geleisteten Beiträge als wirksam angesehen hat, weil sie von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nicht nach § 208 beanstandet worden seien, schließt das *Recht der Reichsversicherungs-*

anstalt für Angestellte, noch im Berufungsverfahren eine Anfechtung gemäß dieser Vorschrift zu erklären, nicht aus. Denn im Berufungsverfahren können unbeschränkt neue Tatsachen geltend gemacht werden; mithin ist in diesem Verfahren auch noch eine Anfechtung nach § 208 und die Geltendmachung des darauf gestützten Einwands der Unwirksamkeit der von der Anfechtung betroffenen Beitragsleistung zulässig. Da die Anfechtungserklärung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte dem Kläger, wie sich aus seinem an das Schiedsgericht gerichteten Schriftsatz vom 30. August 1919 ergibt, am 4. August 1919 zugegangen ist, werden die seit dem 4. August 1918 geleisteten Beiträge von der Anfechtung erfaßt. Sie sind somit unwirksam, so daß sie auf die Wartezeit nicht angerechnet werden können. Da diese mit den noch verbleibenden Beiträgen nicht erfüllt ist, war der Kläger unter Aufhebung des auf Rechtsirrtum beruhenden Urteils des Schiedsgerichts und der Entscheidung des Rentenausschusses mit seinem Rentenanspruch abzuweisen. Aber auch wenn die vorstehend erörterte Frage im entgegengesetzten Sinne zu entscheiden gewesen wäre, wenn also die Anfechtungserklärung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte als unwirksam behandelt werden müßte, könnte doch im Ergebnis die Entscheidung nicht anders, wie aus vorstehendem ersichtlich, ausfallen. Die Vorinstanzen sind der Ansicht, daß sämtliche Beiträge auf die Wartezeit angerechnet werden dürften, weil sie vor der Entscheidung des Rentenausschusses von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nicht beanstandet worden seien. Diese Annahme beruht, wie die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte mit Recht geltend macht, auf einer unrichtigen Anwendung des § 208 Versicherungsges. für Angest. Allerdings bezieht sich diese Vorschrift auch auf solche Beiträge, welche nach dem Eintreten der dauernden Berufsunfähigkeit entrichtet worden sind (zu vgl. Entsch. des Oberschiedsgerichts vom 28. Mai 1919 — P. 60/19 —). Der § 208 ist jedoch nur dann anzuwenden, wenn die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die Versicherungspflicht oder das Recht zur freiwilligen Versicherung nicht innerhalb eines Jahres nach der Einzahlung der Beiträge beanstandet hat. Voraussetzung ist also außer der Beanstandung der Beitragsleistung durch die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, daß seit der Beitragsleistung ein Jahr verstrichen ist. Durch die Vorschrift des § 208 sind demnach nur solche Beiträge geschützt, welche mindestens ein Jahr vor der über den Rentenanspruch getroffenen Entscheidung entrichtet worden sind (zu vgl. Mentzel-Schulz-Sitzler Anmerkung 5 zu § 208, wo ausgeführt ist, daß den Versicherten nach Ablauf der Jahresfrist aus der formellen Beitragsleistung ein unanfechtbares materielles Versicherungsrecht erwächst). Dies entspricht auch, abgesehen von der Dauer der Frist, dem für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung geltenden § 1445 Abs. 3 RVO., dem Vorbilde des § 208 Versicherungsges. für Angest. Denn diese Vorschrift setzt voraus, daß seit der Aufrechnung der Quittungskarte, aus der die Entrichtung der betreffenden Beiträge hervorgeht, mindestens 10 Jahre verstrichen sind. Soweit die zur Angestelltenversicherung entrichteten Beiträge nicht länger als ein Jahr zurückliegen, kommt ihnen hiernach der Schutz des § 208 nicht zugute. Der Rentenausschuß hätte daher nur diejenigen Beiträge als geschützt ansehen dürfen, die spätestens bis zum Juli 1918 entrichtet waren. Ob für das Schiedsgericht mit Rücksicht darauf, daß dessen Entscheidung im September 1919 ergangen ist, die einjährige Frist anders als für den Rentenausschuß zu berechnen ist, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls hätte das Schiedsgericht — abgesehen von der durch das Schreiben vom 1. August 1919 erklärten Beanstandung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte — höchstens die bis zum September 1918 geleisteten Beiträge als geschützt erachten dürfen. Dagegen hätten die Vorinstanzen die übrigen Beiträge als unwirksam ansehen müssen (zu vgl. auch die Entsch. des Reichsversicherungsamts Nr. 1875, Amtl. Nachr. 1914 S. 605, in der ausgesprochen ist, daß durch § 1445 Abs. 3 RVO. nur die Verwendung derjenigen Marken, die in den vor mehr als 10 Jahren aufgerechneten Quittungskarten enthalten seien, nicht mehr angefochten werden könne und daß später verwendete Marken nicht anrechnungsfähig seien, wenn der Rentenbewerber bei ihrer Entrichtung bereits invalide gewesen sei). Bei Erlaß der Vorentscheidungen war demnach die Wartezeit nicht erfüllt. Zur Zeit liegt allerdings die gesamte Beitragsleistung länger als ein Jahr zurück. Dieser Umstand kann jedoch schon aus dem Grunde nicht berücksichtigt werden, weil er keinen Revisionsgrund zugunsten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte bildet, die allein Revision eingelegt hat.

Beschlüsse und Verfügungen des Rentenausschusses sind unanfechtbar, soweit das Gesetz eine Beschwerde nicht erwähnt.

Beschluß des **Oberschiedsger. f. AngestVers.** vom 26. Februar 1920 (P. 128/19).

Im Versicherungsgesetz für Angestellte wird eine Beschwerde über Bescheide, Verfügungen und Beschlüsse des Rentenausschusses in einer Reihe von Fällen ausdrücklich vorgesehen. In anderen Fällen, insbesondere in den Fällen der §§ 211, 264 Abs. 4 und 266 des Gesetzes wird die Entscheidung des Rentenausschusses oder des Vorsitzenden des Rentenausschusses ausdrücklich für unanfechtbar erklärt. Die gleiche Unanfechtbarkeit ist aber auch

allen anderen Beschlüssen oder Verfügungen des Rentenausschusses beizulegen, hinsichtlich deren eine Beschwerde im Gesetz nicht erwähnt wird (zu vgl. Hagen, Kommentar zum Versicherungsges. für Angest., Anm. 20 zu § 270 S. 192). Dies trifft zu auf die Vorschrift des § 76, in welchem eine Zustimmung des Rentenausschusses zum gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherten im Auslande vorgesehen wird, ohne daß dabei von einer Beschwerde etwas bemerkt würde.

C. Zur Militärversorgung.

Abweichung in der Schätzung der Erwerbsunfähigkeit um nur 5 v. H.

Ref. Entsch. des **Reichs-MilVersGer.** v. 23. Januar 1920 (Entsch. 1 S. 35).

Allerdings kann dem Spruchgericht das Recht nicht geschmälert werden, den Grad der Erwerbsunfähigkeit unter Verwertung der vorhandenen Unterlagen frei zu schätzen. Auch konnte die Ziff. 345 der Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit, wonach als wesentliche Veränderungen im allgemeinen nur Änderungen im Grade der Erwerbsunfähigkeit von 10 v. H. und darüber gelten, an sich kein Anlaß sein, von einer Abweichung in der Schätzung um 5 v. H. abzusehen, da diese Verwaltungsvorschrift schon ihrem Wesen nach für das Spruchverfahren der Militärversorgung nicht verbindlich sein kann. Überdies handelt es sich bei der erwähnten Ziff. 345 um die Schätzung des Grades der Erwerbsunfähigkeit bei den Nachuntersuchungen zum Zwecke der anderweitigen Festsetzung der Versorgungsgebührnisse nach § 30 des MVG., nicht, wie vorliegend, um die erste Feststellung nach § 27 a. a. O. Indessen entspricht es der Rechtsübung des Reichsversicherungsamts auf dem Gebiete der Unfallversicherung, daß Abweichungen in der Schätzung um nur 5 v. H. in der Regel keinen Anlaß zur Abänderung durch die höheren Instanzen bieten sollen (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. I S. 507 Anm. 5 zu § 79 GewUnfVersGes.). Das muß auch für das Verfahren der Militärversorgung entsprechende Anwendung finden. Denn die rechtlichen Gesichtspunkte, die für die Schätzung des Grades der Erwerbsunfähigkeit maßgebend sind, und die tatsächlichen Unterlagen für die Schätzung sind im großen und ganzen auf beiden Gebieten dieselben. Ausschlaggebend ist, daß so geringe Abweichungen in den natürlichen Fehlergrenzen liegen, die für jede derartige Schätzung bestehen (zu vgl. Rekursentsch. 1582, Amtl. Nachr. des RVA. 1897 S. 267). Diesen Grundsatz hat sich übrigens auch die Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit in Ziff. 121 Abs. 2 Satz 2 ausdrücklich und nach dem Vorstehenden mit Recht zu eigen gemacht. Wollte das Militärversorgungsgericht um nur 5 v. H. von der Schätzung der Reichsverwaltung abweichen, mußte es überzeugende Gründe dafür beibringen, daß ausnahmsweise eine solche Abweichung geboten war. Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn in der Versagung der Änderung um 5 v. H. eine offenbare Unbilligkeit läge, oder wenn das erkennende Gericht an sich geneigt wäre, in der Erhöhung oder Minderung noch weiter zu gehen, daran aber durch das Verbot der reformatio in pejus gehindert wäre (zu vgl. Rekursentsch. 2147, Amtl. Nachr. 1906 S. 420). Solche besonderen Verhältnisse liegen hier nicht vor. . . .

Eine Entscheidung, die nur den Hundertsatz der Rente feststellt, ist keine Entscheidung „nur dem Grunde nach".

Ref. Entsch. des **Reichs-MilVersGer.** v. 18. Februar 1920 (Entsch. 1 S. 40).

Nach § 83 Abs. 1 der Bestimmungen des Reichsarbeitsministers vom 18. Februar 1919 (RGBl. S. 217) hat das Militärversorgungsgericht im allgemeinen zugleich Betrag und Beginn der Leistung festzustellen. Nach Abs. 2 a. a. O. ist aber in Ausnahmefällen eine Anerkennung des Anspruchs nur dem Grunde nach zulässig. Liegt ein solcher Ausnahmefall vor, so kann sich keine der Parteien durch das Fehlen der Angabe der Höhe und des Beginns der Leistung beschwert fühlen und das Reichs-Militärversorgungsgericht nicht an die Stelle der Anerkennung dem Grunde nach eine Feststellung nach Höhe und Betrag setzen. Dies trifft aber nur Fälle, in denen tatsächlich nur dem Grunde nach erkannt worden ist. Hierauf beschränkt sich das vorliegende Urteil nicht. Es stellt vielmehr auch schon den Hundertsatz der Rente fest. In einem solchen Falle kann das Reichs-Militärversorgungsgericht — in vorliegender Sache ist es übrigens ausdrücklich vom Beklagten beantragt — die im Sinne des § 83 Abs. 1 a. a. O. fehlenden Feststellungen nachholen. . . .

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Wahlberechtigung und Wählbarkeit der Geschäftsführer der Berufsgenossenschaften zum Angestelltenausschuß.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 14. November 1919 (3038 Amtl. Nachr. 1920 S. 158).

Im § 9 Abs. 2 Satz 3 der Verordnung vom 23. Dezember 1918 wird bestimmt, daß zu den Angestellten nicht die Generalbevollmächtigten gehören. Nach dem Sprachgebrauch wie auch im Rechtsleben wird der Ausdruck „Generalbevollmächtigter" auch dann angewendet, wenn sich die Vollmacht nur auf einen bestimmten, durch objektive Merkmale begrenzten größeren Kreis von Vermögensangelegenheiten des Vollmachtgebers bezieht, sofern sie nur den Bevollmächtigten ermächtigt, innerhalb dieses Kreises den Vollmachtgeber bei allen Angelegenheiten zu vertreten und in diesem Umfang alle seine Geschäfte zu besorgen (zu vgl. Entsch. des Reichsgerichts in Zivilſ. Bd. 67 S. 24 und Bd. 69 S. 301 und die dort angezogene Literatur). Diese Voraussetzungen werden auf die Geschäftsführer der für die Errichtung von Angestelltenausschüssen nach § 9 der Verordnung vom 23. Dezember 1918 in Frage kommenden genossenschaftlichen Geschäftsstellen nach dem Inhalt ihres Dienstvertrages in Verbindung mit den Beschlüssen des Vorstandes über die Übertragung bestimmter Aufgaben an sie zutreffen. Der Aufgabenkreis, der dem Geschäftsführer von dem Genossenschaftsvorstand übertragen werden kann, ist durch Gesetz und Satzung scharf begrenzt. Innerhalb dieses Kreises, der sich sowohl auf die Leitung des inneren Geschäftsganges als auch nach außen auf die Erledigung der genossenschaftlichen Geschäfte erstreckt, ist der Geschäftsführer ermächtigt, den Genossenschaftsvorstand zu vertreten und seine Geschäfte zu besorgen. Der Geschäftsführer ist daher einem Generalbevollmächtigten gleichzustellen, so daß er für die Errichtung und Zusammensetzung des Angestelltenausschusses weder wahlberechtigt noch wählbar ist.

Dieses Ergebnis dürfte auch der Stellung des Geschäftsführers, die er im Rahmen der Geschäftsführung der Berufsgenossenschaft sowohl nach außen als auch innerhalb der Genossenschaft den Angestellten gegenüber einnimmt, entsprechen.

Anders liegt die Sache bei den ständigen Vertretern der Geschäftsführer. Die Übertragung von Verwaltungsgeschäften erfolgt regelmäßig nur an den ersten Angestellten der Berufsgenossenschaft oder der Sektion. Nur im Falle seiner Behinderung können die Geschäfte an seinen ständigen Vertreter übertragen werden. Der Stellvertreter wird also nur ausnahmsweise und meist wohl auch nur vorübergehend in die Lage kommen, als „Generalbevollmächtigter" aufzutreten (§ 3 der Bestimmungen über die Übertragung von Aufgaben auf die Geschäftsführer vom 4. Februar 1913). Er wird deshalb im allgemeinen auch nicht als solcher anzusehen, vielmehr zu den wahlberechtigten und wählbaren Angestellten zu rechnen sein.

Anmerkung: Über die gleiche Frage hat sich, auf eine Eingabe des Verbandes Deutscher Berufsgenossenschaften, der Reichsarbeitsminister in folgendem Bescheide vom 3. Juni 1920 geäußert:

„1. Eine Ausführungsbestimmung darüber, ob die Geschäftsführer der Berufsgenossenschaften und deren ständige Stellvertreter Angestellte im Sinne des § 12 Betriebsrätegesetz sind oder nicht, würde den Rahmen der Verordnungsbefugnisse überschreiten und nicht zulässig sein. Auch muß ich es im Hinblick auf die Verschiedenartigkeit der tatsächlichen Verhältnisse innerhalb der einzelnen Berufsgenossenschaften ablehnen, eine allgemein gültige Entscheidung zu treffen, und es vielmehr den im einzelnen Fall nach §§ 93, 103 Betriebsrätegesetz zur Entscheidung berufenen Stellen überlassen, die rechtliche Stellung der Geschäftsführer und ihrer ständigen Stellvertreter nachzuprüfen. Ich weise darauf hin, daß der in Ihrem Schreiben vom 27. März 1920 erwähnte Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 14. November 1919 (I Ag. 143) keine Entscheidung, sondern nur eine Meinungsäußerung darstellt, auch die Gleichstellung mit einem Generalbevollmächtigten nur für den Geschäftsführer selbst annimmt, sie aber im allgemeinen für den stellvertretenden Geschäftsführer verneint.

2. Was die in dem Schreiben vom 10. Mai 1920 erfolgte Gegenüberstellung des Rundschreibens des Reichsversicherungsamts vom 1. April 1920 (I Ag. 58) und meines Bescheides vom 10. April 1920 (I A 1007) betrifft, so bemerke ich ergebenst das Folgende: Ich habe in der Tat durch Erlaß an den Herrn Präsidenten des Reichsversicherungsamts bestimmt, daß die Rechte und Pflichten des Arbeitgebers nach dem Betriebsrätegesetz bei den Berufsgenossenschaften durch die Vorstandsvorsitzenden auszuüben sind. Mein Bescheid vom 10. April 1920 sollte nur negativ zum Ausdruck bringen, daß die Reichsregierung davon abgesehen hat — im Gegensatz zur preußischen Regierung (vgl. Ausf.-Best. des Preuß. Handelsministeriums vom 8. März 1920) — allgemeine Ausführungsbestimmungen zu § 14 Betriebsrätegesetz zu erlassen. Nicht dagegen sollte durch mein Schreiben vom 10. April 1920 das Recht der für die Berufsgenossenschaften in Frage kommenden obersten Reichsbehörde, nämlich des Reichsarbeitsministeriums, ausgeschlossen werden, für seinen Aufsichtsbereich Anordnungen über die Ausübung der Rechte und Pflichten des Arbeitgebers bei Körperschaften des öffentlichen Rechts zu erlassen. Die einzelnen Ministerien sollten nach dem Willen der Reichsregierung, ohne daß es eben einer besonderen Vollmacht bedürfte, berechtigt sein, innerhalb ihres Bereichs solche Anordnungen zu treffen. Es verbleibt mithin bei der Rechtslage, wie sie sich aus dem Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 1. April 1920 (I Ag. 58) ergibt."

Sprechsaal.

Benachteiligung der Krankenkassen durch die Handverkaufsliste.

Unter dieser Überschrift enthält Heft 21 der ArbVers. auf Seite 414 Bemerkungen eines „Kassenapothekers", die infolge ihrer unrichtigen Darstellung geeignet sind, Verwirrung in Kassenkreisen anzurichten. Daher sei folgende Richtigstellung gestattet:

Der ungenannte Verfasser kennt anscheinend die von dem Deutschen Apothekerverein unter Zustimmung der Krankenkassenhauptverbände herausgegebene Kassenhandverkaufsliste (KHL.) nicht, sonst könnte er nicht von ihren „unverhältnismäßig hohen Preisen" sprechen. Die KHL. enthält nämlich gar keine Preise — sofern es sich um Mittel handelt, die in der Deutschen Arzneitaxe (D. A. T.) aufgeführt sind. Als KHL.-Preise gelten nach den „Allgemeinen Bestimmungen" die Festsetzungen der Deutschen Arzneitaxe mit 20 v. H. Abschlag. Abweichend von anderen HV.-Listen ist dieser Abschlag aber auch von den Preisen der Gefäße und der Gebühr für die Gebrauchsanweisung zu gewähren. Nur für Mittel, die in die D. A. T. nicht aufgenommen sind, mußten Preise besonders festgesetzt werden. Es sind das die von dem Einsender angeführten Mittel. Vergleicht man nun die Kosten einer Verordnung — also einschließlich Gefäß — nach der KHL. und nach der von dem Einsender als günstiger bezeichneten Deutschen Handverkaufsliste (vom Deutschen Apothekerverein für die Preisberechnung bei Privatkundschaft herausgegebenen), so ergibt sich folgendes:

	DHVL.	KHL.
Linim. Calcar. 100 g	4,45 M	4,15 M
Ungt. Hydrarg. alb. venal. (5 %) 10 g	1,70 „	1,55 „
Ungt. Hydr. ciner. venal. (10 %) 10 g	1,90 „	1,80 „

Die Preise der KHL. sind also niedriger. — Ebenso verhält es sich mit der vom Verfasser empfohlenen Hartmannschen Liste. Eine Verordnung nach dieser kostet einschließlich Gefäß:

	Hartmann. L.	KHL.
Spirit. aether. 100 g	7,65 M	6,60 M
Hydrogen. peroxydat. 100 g .	1,95 „	1,60 „

Außerdem ist zu beachten, daß die KHL. nur Richtpreise festsetzt, die auch für kleine ländliche Apotheken gelten. Die Kassen sollen mit den Apothekern auf der Grundlage dieser Liste Verträge schließen und können dabei besondere Abschläge von den Preisen der KHL. vereinbaren, wie dies tatsächlich auch geschehen ist. Dadurch ermäßigen sich die Preise noch wesentlich.

Der Herr Verfasser fragt, welche Kassenvertreter an der KHL. mitgearbeitet haben. Ein Blick auf die erste Seite dieser Liste hätte ihm diese Frage beantwortet.

Die Kassenvertreter, die an den Vereinbarungen mit dem Deutschen Apothekerverein mitwirken, werden stets die Kasseninteressen wahren. Leider ist die Sachlage für die Kassen sehr ungünstig. Es gibt kein Gesetz — wie der Verfasser behauptet —, wonach den Kassen nicht höhere Preise als dem Privatpublikum berechnet werden dürfen. Der Unterzeichnete hat zwar vor einigen Jahren eine Verfügung der preußischen Regierung erwirkt, in der jener Grundsatz ausgesprochen wird, aber geholfen hat dies nicht viel. Seit Jahren bekämpft der unterzeichnete Verband ebenso unermüdlich wie erfolglos die Grundsätze der amtlichen Handverkaufslisten, die die Kassen vielfach ungünstiger als das Privatpublikum stellen. Immer wieder ist von uns mit dem größten Nachdruck eine Änderung der RVO. und der Apothekergesetzgebung gefordert worden. Bisher sind erst ganz geringfügige Verbesserungen erreicht worden. Wirklich Durchgreifendes wird erst dann erzielt werden, wenn die Apotheken kommunalisiert sind und den Kassen der gesamte Handverkauf zur Selbstabgabe freigegeben wird. Vorerst können sich die Kassen am wirksamsten dadurch schützen, daß sie die Selbstabgabe aller freigegebenen Heilmittel, Krankenpflegeartikel, Verbandstoffe usw. durchführen. Hierbei leistet ihnen die Zentralisierung des Einkaufs durch den unterzeichneten Verband alle erdenkliche Hilfe.

Die deutschen Krankenkassen, die die Wahrung ihrer Interessen den Hauptverbänden anvertrauen, werden hiernach auf die Frage des Ungenannten, wie lange sie sich diese „Beratung" seitens der Krankenkassenvertreter noch gefallen lassen wollen, die richtige Antwort zu geben wissen.

Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, e. V.

H. Lehmann, Geschäftsführer.

Zur gesetzlichen Voraussetzung für den Anspruch auf Stillgeld.

In Heft 21 S. 419 Ziff. 4 erteilen Sie nach Bünde i. W. eine Auskunft, wonach das Stillgeld auch nach dem Tode der Wöchnerin unter gewissen Voraussetzungen weitergewährt werden soll. Ich möchte mich aber doch der Auffassung des Fragestellers anschließen und dahin neigen, daß diese gesetzliche Regelung — nicht Ihre Auskunft — nicht viel Sinn hat. Wenn man einerseits von der lebenden Wöchnerin verlangt, daß sie, um Stillgeld zu bekommen, den Nachweis des Stillens erbringt, so ist zum mindesten nicht zu verstehen, daß für den Säugling einer verstorbenen Wöchnerin das Stillgeld ohne jede Erfüllung obiger Voraussetzungen — lediglich als noch fälliger Bezug — zu zahlen ist. Es konnte ja auch sein, daß, wenn die Kindesmutter am Leben blieb, sie ihre Stilltätigkeit auch vor Ablauf der 12 Wochen einstellen mußte, dann wäre doch das Stillgeld auch nicht fortgezahlt worden. Das Stillgeld stellt doch wohl nur eine Prämie zum Anreiz des Stillens dar, welche im Interesse von Mutter und Kind gewährt wird. Wäre es nicht angebracht, die Frage dergestalt zu lösen, daß man entweder Stillgeld nur gewährt, wenn die Voraussetzung des Selbststillens gegeben ist; oder daß man dieses „sogenannte" Stillgeld in jedem Falle als Beihilfe zur Ernährung und Kräftigung von Mutter und Kind gewährt? Die letztere Form hätte den Vorteil, daß der an sich wohl nicht immer einwandfrei erbrachte Nachweis des Stillens mitsamt den Unkosten hierfür gänzlich wegfiele. Dabei erscheint es noch wünschenswert, den Stillgeldbetrag einheitlich für die Versicherten aller Klassen festzulegen, ähnlich, wie bei den beiden anderen Wöchnerinnengruppen (§ 205 Abs. 2, § 17 des Wochenhilfeges.); denn es ist nicht einzusehen, warum die in einer hohen Klasse versicherte Wöchnerin sowohl an Wochengeld als auch an Stillgeld wesentlich mehr empfängt als die niedrig versicherte, die an

sich oft bedürftiger ist. Jedenfalls ist die jetzt geltende Regelung nicht die praktischste; der Gesetzgeber hat wohl etwas Gutes schaffen wollen, aber es ist ihm — wie in letzter Zeit schon oft — vorbeigelungen.

Lindner,
Geschäftsführer der Allg. Ortskrankenkasse Lunzenau.

Wir teilen diese Ausführung als eine beachtenswerte Anregung für den Gesetzgeber mit und beschränken uns darauf, zu bemerken, daß dem Vorschlage, das Stillgeld in allen Fällen, also schon bei Lebzeiten der Wöchnerin einfach als einen Beitrag zur Ernährung des Kindes, ohne Nachweis des Selbststillens, zu gewähren, doch wohl ein ernstes Bedenken entgegensteht. Der besondere Wert der Ernährung der Neugeborenen durch die Mutterbrust ist durch die Erfahrung erwiesen. Viele Mütter aber entziehen dem Kinde diesen Vorteil, indem sie möglichst bald, oft noch während des Bezugs von Wochengeld, einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Ihnen deshalb das Wochengeld zu entziehen, läßt sich nach dem Gesetze nicht rechtfertigen (zu vgl. hierüber Hoffmann, hier, Heft 11 S. 201 ff.). Es ist aber recht unerwünscht, daß die Wöchnerinnen vorzeitig eine Erwerbstätigkeit aufnehmen und dadurch sich und das Kind an der Gesundheit schädigen oder gefährden. Der Anreiz hierzu würde indessen noch verstärkt werden, wenn die Wöchnerin neben dem Arbeitslohn und dem Wochengelde noch das Stillgeld als einen Beitrag zur Ernährung des Kindes, gleichviel auf welche Weise die Ernährung erfolgt, empfinge. Erhält sie diesen Beitrag nur, solange sie selbst stillt, so würde dies als Anreiz zur Fernhaltung von einer vorzeitigen Erwerbstätigkeit wirken, mit der sich das Stillen nicht wohl verträgt.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Beseitigung oder Reform der Angestelltenversicherung?

Hierüber entnehmen wir den „Nachrichten des Deutschen Gewerkschaftsbundes" (Nr. 4 v. 31. 7. 20) auszugsweise folgendes:

Im April hat die Nationalversammlung Beiträge und Leistungen der Krankenversicherung und der Invalidenversicherung den dringendsten Erfordernissen der veränderten Wirtschaftslage notdürftig angepaßt. Für die Angestelltenversicherung hatte eine Denkschrift des in 23 Verbänden die große Mehrheit der organisierten Angestellten umfassenden Hauptausschusses für die soziale Versicherung der Privatangestellten unter dem 8. Januar 1920 ebenfalls ausführlich begründete Forderungen erhoben. Die damalige Regierung nahm keine Notiz davon. Am 18. Mai aber trug der 7. Ausschuß und anschließend die Nachsession der Nationalversammlung dem kräftigen Einspruch des Hauptausschusses insoweit Rechnung, als die Grenze der Versicherungspflicht auf 15 000 ℳ ausgedehnt wurde und aufgelöste oder geschädigte Versicherungsverhältnisse danach in gewissem Umfange wieder hergestellt werden können. Gleichzeitig erklärten Abgeordnete aller bürgerlichen Fraktionen, daß sie auch im künftigen Reichstage für die Aufhebung der selbständigen Angestelltenversicherung nicht zu haben sein würden. . . .

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat — man darf schon den trivialen Ausdruck gebrauchen — seit Beginn ihres Daseins entschieden Pech gehabt. Ohne genügende Vorarbeiten ist sie, freilich auf Drängen der Angestellten, wohl zu früh eröffnet worden. So befand sie sich im Januar 1913, inmitten ungezählter streitiger Anmeldungen, ungeklärter Vorfragen der Versicherungspflicht, teilweise noch unfertiger Organe und eines unzulänglich eingespielten, überall hergenommenen und daher wenig homogenen Beamtenheeres, einem Beitragsandrange gegenüber, wie ihn in solchen Massen und solcher Plötzlichkeit und unter derartigen, von einem langsam gewordenen Kundenkreis gänzlich abweichenden Bedingungen kein vergleichbares Institut je erlebt haben dürfte. Die Invalidenversicherung und das Reichsversicherungsamt rühmen sich aus ihrer Entstehungszeit hervorragender Organisatoren. Das Reichsversicherungsamt hat auch heute an seiner Spitze einen Mann, dessen Energie und Weitblick bei Vertretung ihrer Interessen und ihres Ansehens innerhalb wie außerhalb der deutschen Grenzen der deutschen Arbeiterversicherung den begreiflichen Neid vieler zugezogen haben. Von der Reichsversicherungsanstalt müssen ihre besten Freunde bekennen, daß ihr nach anderthalb Jahren unmittelbar vor dem Kriegsausbruch noch nicht gelungen war, die für ihre Arbeitsfähigkeit bedrohliche Lage zu meistern. Die Wirkungen des Krieges auf derart unfertige, dabei ständig weiter wachsende Einrichtungen braucht man nicht auszumalen. Das Streben einflußreicher Bureaukraten, die ganze Anstalt ohne Rücksicht auf die hervorstechenden geldwirtschaftlich-kaufmännischen Seiten ihres Geschäftsbereichs wie eine bloße Verwaltungsbehörde, etwa wie das Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung, aufzuziehen, die Herabdrückung des gesetzlich kollegialen Direktoriums auf den Einfluß bloßer Abteilungsleiter, des Verwaltungsrats aus Angestellten und Arbeitgebern auf die Rolle eines bloßen Gutachter-Gremiums, dem man die „Aufsichtsbehörde" (damals das Reichsamt des Innern) entgegenhalten konnte, die Vernachlässigung der Beamtenschaft und ihres natürlichen Verlangens nach Schulung und Weiterkommen während des wirtschaftlich immer drückender gewordenen Krieges und manche Umstände mehr taten ein übriges.

Die Zeit kurz vor und bis heute nach der Revolution hat hier jedenfalls mancherlei zum Besseren gewendet: für die Beamten, für den Verwaltungsrat, der nach und nach wider seinen Willen die Führung übernahm, schließlich sogar für die Mitglieder des Direktoriums, denen der Verwaltungsrat eine ihre kollegiale Mit- und Gesamtverantwortung gewährleistende neue Geschäftsordnung durchsetzte. Wo sonst Initiative sich zeigte, hat schon früher der Verwaltungsrat ihren Löwenanteil bestritten. Den schaffensfreudigen Leiter des Heilverfahrens hat er mit Rat und Tat unterstützt. Soweit neben der Siebener-Kommission des Hauptausschusses die Reichsversicherungsanstalt beteiligt ist, haben zunächst Beschlüsse ihres Verwaltungsrats die Kriegsverordnung zur Erhöhung des versicherungspflichtigen Einkommens nebst anderen wichtigen Verordnungen erwirkt, desgleichen sozialere Grundsätze für die Wohnungspolitik, wofern nicht überhaupt erst eine solche, und die großzügige Fi-

nanzierung einer gemeinnützigen Aktiengesellschaft für Angestellten-Heimstätten über das ganze Reich. Der Verwaltungsrat betrieb die fruchtbarere Auswirkung der schwachen Selbstverwaltungselemente im Versicherungsgesetz für Angestellte, ebenso die inzwischen verabschiedete Novelle zur Ausdehnung der Versicherungspflicht vom Mai dieses Jahres und setzte sich nachdrücklich für bisher noch nicht erfüllte Vorschläge zur Einrichtung neuer Beitragsklassen bis 12 000 ℳ und darüber ein. Der Verwaltungsrat in erster Linie trat für die Besserstellung der höheren wie der mittleren und Unterbeamten ein, zugleich für ihre und der Behörde wirksamere Gliederung im Gegensatze zu dem Jahr und Tag bei einer, dann bei wenigen Spitzen vereinigten und dadurch selbst in alltäglichen Sachen zur Verschleppung führenden Geschäftsgange. Der Verwaltungsrat verlangte, um nur noch eins zu erwähnen, angesichts der unaufhörlichen Klagen über Beitragssachen bereits Ende 1918 nach mehrtägiger Besichtigung ein besseres Buchungswesen.

Seitdem hat das Direktorium es mit einer Abwandlung des bestehenden zentralen Kontensystems ohne Marken versucht. Heute sollen danach Überblick und Ordnung im allgemeinen erreicht sein. Ein regelmäßiger Jahresversand von Kontenauszügen an die Versicherten zur Gegenprüfung ihres Guthabens ist aber nach wie vor nicht zu erhoffen. Zudem herrscht bei den Beamten die Ansicht, daß die unter dem gegenwärtigen Verfahren ungeheuer gewachsene Personalziffer der Beitragsabteilung in kurzem 3000 Köpfe erreichen und auf dieser Höhe bleiben werde, wenn außer der Mehrarbeit infolge der obenerwähnten Novelle die Gesetzgebung im nächsten Jahre noch die notwendigen neuen Gehaltsklassen bringen wird. Die jährliche Beitragseinnahme der Anstalt wird unter Berücksichtigung aller Umstände bestenfalls dann 300 Millionen Mark im Durchschnitt, der Ansatz an persönlichen und sachlichen Unkosten allein für die Beitragsabteilung (ohne die übrigen auch noch einen erklecklichen Bruchteil ihres Umfanges darstellenden Abteilungen) auf die Dauer kaum weniger als 50 Millionen Mark betragen. Es ist wiederum das Verdienst des Verwaltungsrats, die Einsetzung eines gemischten Organisationsausschusses aus seiner Mitte, aus dem Direktorium und unter Abweisung bureaukratischer Widerstände aus den Vertretern der Beamtenschaft, die bereits reiches Material für die Neugestaltung gesammelt hat, zu veranlassen. Hier wie in der Regel ging der Antrieb zum Fortschritt hauptsächlich von Angestelltenvertretern im Verwaltungsrat aus. Den Arbeitgebervertretern ist nachzusagen, daß sie mit wenigen Ausnahmen die naturgemäß zunächst als Angestellteninteressen bewerteten Vorschläge großzügig unterstützt haben. Vor allem haben sie es auch an persönlicher Bereitschaft und an Aufmunterung beamteter Herren zu Gängen in die ehedem wie ein Gespensterhaus oft ängstlich gemiedene Aufsichtsbehörde nicht fehlen lassen. Versteht man nun, weshalb der Ruf nach Selbstverwaltung der sozialen Versicherungseinrichtungen seinen stärksten Widerhall in den bei der Angestelltenversicherung beteiligten Kreisen gefunden hat?

Der Hauptausschuß steht und fällt mit diesem Kernpunkte seines Programms. Von seiner Erfüllung erwartet er erst die organisatorische und finanzielle Gesundung der Versicherung endgültig. Vorderhand wird seine Siebener-Kommission im Einvernehmen mit den Vertretern der Beamten, denen § 66 des Betriebsrätegesetzes übrigens einen wenn nicht zwingenden, so doch billigen Anspruch auf gleichberechtigte Mitwirkung vor Einführung der zu erwartenden neuen Arbeitsmethoden gewähren dürfte, dahin wirken, daß ein einfaches Markensystem in Verbindung mit Jahreskonten der Versicherten ernstlich versucht wird. Im Falle seiner Einführung wird die freiwerdende Beamtenschaft, unter Verzicht auf die Hunderte immer wieder „vorübergehend" angenommener Hilfskräfte, eine selbständige und dankbare Aufgabe in der Heranziehung der im Lande noch massenhaft nicht erfaßten Versicherungspflichtigen finden, wofür es bisher an jeder durchgreifenden Maßnahme fehlt. Schätzen Kundige sie doch auf 20 % der Gesamtzahl. Die ausfallenden Beiträge kommen dann ohne neuen Personalbedarf endlich herein.

Offen auf Übel hinweisen, ist der Anfang zu ihrer Behebung. Der Hinweis wird zur unbedingten Pflicht für den, dessen politische und soziale Überzeugung die Erhaltung des davon befallenen Organismus als erforderlich betrachtet. Das gilt auch für die Beamtenschaft selbst, zumal für die Führer ihrer Gewerkschaften, von denen die Angestelltenbewegung erwarten muß, daß sie sich innerhalb der gesetzlichen Grenzen das Recht der kritischen Mitarbeit, auch durch gewerkschaftliche und politische Betätigung, nicht nehmen lassen. Innerhalb der gesetzlichen Grenzen, dann aber selbst von Maßregelungsdrohungen einer Geschäftsleitung unbeirrt, die im Revolutionswinter 1918/19 eine ebenso bedenkliche Fortschrittlichkeit wie neuerdings reaktionäre Neigung zum Rückfall in hoffentlich endgültig erledigte Formen bekundet hat.

Im übrigen gilt, wenn irgend die Verfolgung einer differenzierenden statt nivellierenden, von Standesvorurteilen aber durchaus freien Angestelltenpolitik anerkannt wird, die Notwendigkeit, derselben ganz besonders für die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Angestellten. Der Hauptausschuß hat am 30. Juni dem Reichstage seine Denkschrift wiederum vorgelegt. Auf ihren Inhalt sowie auf die schwebenden Pläne zur Reform und einheitlicheren Gestaltung der verschiedenen Versicherungszweige wird in diesen Blättern noch eingegangen werden.

Vom Verbande der Ortskrankenkassen Elsaß-Lothringens

(zu vgl. hier Heft 11 S. 215) liegt uns wieder, in französischer Sprache und in deutscher Übersetzung, ein Bericht über die am 18. Januar 1920 in Straßburg abgehaltene Verbandsversammlung vor, der manches Interessante enthält. Vor allem bewegt auch dort die Arztfrage die Gemüter. Während des Krieges sind größere Schwierigkeiten in dieser Frage nicht entstanden. Das hat sich aber geändert, da „die Ärzte nunmehr mit Forderungen an die Kassen herantreten, die noch weit über das hinausgehen, was hierbei erwartet werden konnte". Man habe von der Veränderung der politischen Verhältnisse „auch in diesem Bezuge" ein besseres Verhältnis erhofft und geglaubt, „daß mit einem anderen Geist als dem früheren bei den Ärzten und ihren Organisationen gerechnet werden könnte". Hierin sieht man sich enttäuscht. Mit Interesse erfahren wir, daß „Herr Millerand selber" dieser Lebensfrage lebhafte Aufmerksamkeit widme und „wörtlich betont" habe, daß durchaus nichts dagegen einzuwenden ist, wenn die Ärzte durch Organisationen ihre berechtigten Interessen wahren, daß aber diese Interessen nicht in solcher Weise vertreten werden

dürfen, daß dadurch das Allgemeininteresse geschädigt und das Wirken der sozialen Einrichtungen direkt in Frage gestellt wird. Für erwünscht halten die Krankenkassen des ehemaligen Reichslandes, wenn auch sie zu einem ähnlichen Tarifabkommen gelangen könnten, wie es die deutschen Kassenverbände mit den Vereinigungen der Ärzte geschlossen haben.

Bei der Erörterung anderer praktischer Verwaltungsfragen sind als in Frage kommende Gesetzesänderungen bezeichnet: 1. eine Erhöhung der derzeitigen Höchstgrundlöhne von 12,50 Frs. auf 15 Frs.; 2. eine Ausdehnung der Regelleistungen der Kassen auf dem Gebiete der Wochenhilfe auf etwa die bisher noch geltenden Leistungen an Entbindungskosten, Stillgeldern usw. des § 8 der Verordnung vom 3. Dezember 1914; 3. die allgemeine Wiedereinführung der obligatorischen hausgewerblichen Krankenversicherung auf der vereinfachten Grundlage, wie sie während des Krieges in unserem Verbandsbezirke auf ortsstatutarischem Wege von verschiedenen Kassen nach dem seitens der Caisse gérante ausgearbeiteten Muster bereits wieder eingeführt worden ist; 4. neue Bestimmungen über die Zulassung von Ersatzkassen.

Ein Wort noch über die deutsche Übersetzung des Berichts: sie ist stellenweise recht übel und in häßlicher Weise mit überflüssigen französischen Brocken durchsetzt. Der Herr „Président" redet z. B. auch in der Übersetzung seine Hörer als „Messieurs!" an. Er spricht von „Séance plénière", von den „Caisse gérante" usw. Aber freilich: dies Radebrechen des Herrn Hoffstetter ist vielleicht (leider!) gerade — echt deutsch!

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Welcher Grundlohn kommt bei Bemessung der Erstattungspflicht nach § 197 RVO. in Betracht?

1. **Nach Schlawe.** Antwort: Ihre Ansicht ist falsch. Nach Verhältnis der Mitgliedzeit zu erstatten sind nach § 197 RVO. die Leistungen, welche die leistungspflichtige Kasse gemacht hat, wobei selbstverständlich nur die für diese Kasse maßgebenden Grundlagen der Leistungspflicht in Betracht kommen können, so daß insbesondere auch lediglich der bei ihr geltende Grundlohn für die Bemessung des Wochengeldes anzusetzen ist. Auf den bei der erstattungspflichtigen Kasse geltenden Grundlohn kommt es nur insofern an, als diese Kasse im ganzen keinesfalls mehr zu erstatten hat, als die Wöchnerin zu fordern gehabt hätte, wenn diese Kasse selbst leistungspflichtig gewesen wäre (§ 197 Abs. 2). Nur für die Bestimmung dieser Grenze der Erstattungspflicht kommt selbstverständlich der bei der erstattungspflichtigen Kasse geltende Grundlohn in Betracht.

Durch Ortsstatut können die Krankenkassen als Einzugstellen zur Erhebung einer Vergütung von den Arbeitgebern nicht ermächtigt werden.

2. **Nach X.** Antwort: Das Recht der Gemeinden, im Wege der Selbstgesetzgebung (Autonomie) Vorschriften (Ortsstatuten) zu erlassen, welche die Einwohner mit der Kraft von Gesetzen verpflichten, gilt grundsätzlich nur für die eigentlichen Gemeindeangelegenheiten; darüber hinaus besteht ein solches Recht nur, soweit es den Gemeinden durch Gesetz übertragen ist. Die Einziehung der Beiträge zur Invalidenversicherung ist an sich keine Angelegenheit der Gemeinden. Ihre Befugnis, anzuordnen, daß die Krankenkassen für Rechnung der Versicherungsanstalt die Beiträge der Versicherungspflichtigen einziehen, beruht auf der besonderen Vorschrift des § 1447 Abs. 2 RVO. und ist auf den Inhalt dieser Vorschrift beschränkt. Für die Festsetzung der den Kassen zustehenden Vergütung für die Besorgung des Einziehungsgeschäfts gilt ausschließlich § 1449 RVO., der keine Ermächtigung der Gemeinde zur Regelung dieses Punktes enthält, vielmehr diese Regelung durch Vereinbarung und nötigenfalls Festsetzung durch die oberste Verwaltungsbehörde vorsieht, also diesen Punkt von der Regelung durch Ortsstatut ausschließt. Wenn die auf diesem Wege bestimmte Vergütung sich als unzureichend erweist, so gibt es hiernach keinen anderen Weg der Abhilfe, als den, auf eine anderweite Einigung oder Festsetzung durch die oberste Verwaltungsbehörde hinzuwirken. Eine ortsstatutarische Bestimmung, durch welche die Krankenkassen ermächtigt werden, von den Arbeitgebern eine besondere Vergütung für das Einziehungsgeschäft zu erheben, würde der gesetzlichen Grundlage entbehren.

Befreiung der im Betriebe der Eltern beschäftigten Lehrlinge von der Krankenversicherungspflicht.

3. **Nach Frauenstein.** Antwort: Zu einer Äußerung über die Zulässigkeit der Befreiung nach § 174 Ziff. 1 RVO. gab die Anfrage, die unserer Auskunft im Heft 22 S. 440 Ziff. 18 zugrunde lag, keinen Anlaß. Die Zulässigkeit solcher Befreiung auf Antrag besteht nach wie vor, sie ist insbesondere durch die Verordnung v. 3. 2. 19 (ArbVers. S. 125) nicht beseitigt.

a) **Wochengeld wird nicht über den Tod der Wöchnerin hinaus gezahlt.** b) **Kosten der Beitragsrechnung trägt die Kasse.**

4. **Nach Rathenow.** Antwort: a) Über den Todestag der Wöchnerin hinaus ist Wochengeld nicht zu zahlen. Denn der Anspruch auf diese Leistung beruht auf der (angenommenen) Arbeitsunfähigkeit der Wöchnerin, setzt also ihr Leben voraus. Zu vgl. Hoffmann in ArbVers. 1920 Heft 11 S. 203.

b) Die Kosten, insbesondere die Portokosten, die dadurch entstehen, daß die Kasse den Arbeitgebern allmonatlich eine Rechnung über die von ihnen zu zahlenden Beiträge übersendet, gehören zu den allgemeinen Verwaltungskosten, die aus den Mitteln der Kasse zu bestreiten sind (§ 363 RVO.). An einem Rechtsgrunde, die Arbeitgeber mit diesen Kosten zu belasten, fehlt es. Der von Ihnen angezogene § 369 BGB. trifft nicht zu, da er sich nur auf die Kosten einer Quittung bezieht.

a) „Beitrag" zu den Entbindungskosten. b) Vorgängige Versicherung als Voraussetzung der Wochenhilfe (§ 195a RVO.).

5. Nach Oberneukirch. Antwort: a) Nach § 195a Abs. 1 Ziff. 1 RVO. wird nur ein „Beitrag" zu den Kosten der Entbindung in Höhe von 50 M gezahlt. Damit ist hinreichend klar ausgedrückt, daß sich die Zahlungspflicht der Kasse auf 50 M auch dann beschränkt, wenn bei einer normal verlaufenden Entbindung aus irgendwelchen Gründen höhere Kosten, insbesondere durch Zuziehung einer Hebamme und eines Arztes, entstanden sind.

b) Wenn an den sechs Monaten vorgängiger Versicherung, die nach § 195a RVO. erfüllt sein müssen, auch nur zwei Tage fehlen, so ist der Anspruch auf Wochenhilfe abzulehnen, obgleich Kassenbeiträge bereits für volle sechs Monate entrichtet sind. Denn der Anspruch ist nach dem klaren Wortlaute der Vorschrift, eben nicht durch Beitragsleistung, sondern durch Krankenversicherung während sechs Monate bedingt.

Erstattungspflicht nach § 197 RVO. bei der Familienwochenhilfe.

6. Nach Burgdorf (Hann.). Antwort: Im Falle der Familienwochenhilfe gilt nach § 205a Abs. 4 RVO. der § 197 „entsprechend". Das kann, da die Erstattungspflicht auf billige Verteilung der auf der Versicherung des Kassenmitgliedes beruhenden Last abzielt, nur bedeuten, daß diejenigen Kassen erstattungspflichtig sind, denen der Versicherte im Jahre vor der Niederkunft seiner Frau oder Tochter usw. angehört hat. Diese Ansicht haben wir schon im Jahrg. 1916 S. 618 Ziff. 2b und S. 669, Anm. gegen die Ansicht des bayer. Min. f. soz. Fürs. vertreten, welche diejenigen Kassen für erstattungspflichtig erachtet, denen die Wöchnerin angehörte. Unsere Auffassung teilt auch Jaeger, Kommentar zum Wochenhilfegesetz, S. 76. Hiernach halten wir Ihren Anspruch für unbegründet.

Wer trägt die Kosten für Feststellung des Todes eines Versicherten?

7. Nach M. Frage: Ein in einer Erzaufbereitung beschäftigtes Mitglied wurde während der Arbeitszeit vermißt. Nach drei Stunden fand man es tot in einem mit Schlamm und Wasser gefüllten Bottich. Trotzdem der Tod unzweifelhaft war, ließ der leitende Beamte einen Arzt holen, welcher „Tod durch Ertrinken" feststellte. Die Kosten des Besuchs belaufen sich auf 80 M und wurden der Krankenkasse in Rechnung gestellt. Wir halten dies nicht für gerechtfertigt, weil es sich nicht mehr um ärztliche „Behandlung" handeln konnte. Wohl sind nach Hahn (Anm. 4c zum § 182 RVO.) die Kosten des Besuchs dann zu tragen, wenn der Arzt den Erkrankten bereits tot auffindet. Im vorliegenden Falle war jedoch bei der Bestellung des Arztes der Tod bereits eingetreten. Muß die Krankenkasse diese Kosten bezahlen oder gehen sie etwa für Rechnung des Werkes, welches einen Verletzungsbericht oder Befundschein für die Anzeige beim Bergrevierbeamten braucht?

Antwort: Die Kasse hat aus dem von Ihnen angegebenen Grunde die Kosten nicht zu tragen. In dem von Hahn a. a. O. angeführten Falle war der Arzt zum Zwecke der Hilfeleistung für den Erkrankten herbeigerufen worden (ArbVers. 1912 S. 384 Ziff. 18). Er hatte sich also, wenngleich bei seinem Eintreffen bereits der Tod eingetreten war, doch noch für den Kranken bemüht; das rechtfertigte die Belastung der Kasse mit den Kosten. Davon kann im vorliegenden Falle nicht die Rede sein. Die Kosten müssen von dem Werke getragen werden, dessen Vertreter die Herbeiholung des Arztes und seine Tätigkeit für einen Zweck veranlaßt hat, für den die Krankenkasse Mittel gar nicht aufwenden darf (§ 363 RVO.).

Ersatzanspruch der ersuchten Kasse nur nach § 222 RVO. zu bemessen trotz besonderer Unbilligkeit im Einzelfalle.

8. Nach Lohr a. M. Antwort: Angesichts der klaren Vorschrift in § 222 Satz 2 RVO. kann die Kasse von der ersuchenden Krankenkasse als Ersatz der Kosten für die Krankenpflege nicht mehr als drei Achtel des Grundlohns fordern. Daß die ersuchte Kasse hierdurch infolge der hohen Kosten der Operation einen Ausfall von 2317,65 M (!) an ihren Aufwendungen für ärztliche Behandlung und Arzneien erleidet, beleuchtet allerdings recht scharf eine der nicht selten mit dieser gesetzlichen Regelung verbundenen Unbilligkeiten. Es kommen aber auch Unbilligkeiten zugunsten der ersuchten Kasse nicht selten vor. Weder in dem einen noch in dem anderen Falle läßt sich hierauf die Unanwendbarkeit der erwähnten Vorschrift gründen. Abhilfe können die Kassen nur im Wege von Vereinbarungen nach Art des in ArbVers. 1916 S. 835 (zu vgl. auch 1917 S. 44, 89, 1918 S. 116) mitgeteilten Abkommens schaffen.

a) Voraussetzung des Krankengeldanspruchs Weiterversicherter. b) Kein Wahlrecht des Versicherten bei Einweisung ins Krankenhaus. c) Kein Anspruch der Versicherungsanstalt auf das Krankengeld bei Heilverfahren nach §§ 36, 37 AngestVersGes.

9. Nach Hamburg. Antwort: a) Anspruch auf Krankengeld ist nach § 182 Ziff. 2 RVO. nur begründet, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht. Dieser ursächliche Zusammenhang fehlt, wenn ein freiwillig Weiterversicherter, der ohnehin dauernd arbeitsunfähig ist, erkrankt. In solchen Fällen darf daher die Kasse Krankengeld nicht gewähren (zu vgl. Entsch. des RVA. 2190 in ArbVers. 1916 S. 472), auch nicht aus milder Gesinnung einen Teil des Krankengeldes (§ 363 Abs. 1 RVO.). Zu beachten ist aber, daß dies nur bei völliger Arbeitsunfähigkeit gilt (wie auch die erwähnte Entscheidung hervorhebt), und dies wird vielleicht in manchen Fällen eine weitherzige Beurteilung ermöglichen. Wir verweisen hierüber auf ArbVers. 1918 S. 239 Ziff. 9.

b) Wenn der Versicherte zur Vornahme einer Operation der Krankenhausbehandlung bedarf, so liegt einer derjenigen Fälle vor, in denen die Kran-

kenkasse „an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes“ auch ohne Zustimmung des Versicherten Kur und Verpflegung im Krankenhause gewähren kann (§ 184 Abs. 1 und Abs. 3 Ziff. 1 RVO.). Macht die Kasse von diesem ihr zustehenden Wahlrechte durch Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus Gebrauch, so entfällt der sonst nach § 182 gegebene Anspruch. Der Versicherte kann also in solchen Fällen nicht von der Kasse das Krankengeld beanspruchen, um als Privatpatient ins Krankenhaus zu gehen und den die Krankenhauskosten übersteigenden Teil des Krankengeldes für sich zu behalten.

c) Ein arbeitsunfähiger Versicherter hat während des ihm von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (oder von einer anerkannten Ersatzkasse) gewährten Heilverfahrens allerdings Anspruch auf das volle Krankengeld. Eine Pflicht der Krankenkasse, der Versicherungsanstalt aus dem Krankengelde Ersatz zu leisten — wie nach § 1518 Abs. 2 RVO. —, kennt das AngestVers.Ges. nicht. Es ist aber zu beachten, daß die Gewährung des Heilverfahrens keine Pflichtleistung der Anstalt, sondern in ihr freies pflichtmäßiges Ermessen gestellt ist (§§ 36, 37 AngestVersGes.). Sie kann daher die Gewährung des Heilverfahrens auch an Bedingungen knüpfen, insbesondere auch an die, daß das Krankengeld, auf das der Versicherte Anspruch hat, an die Anstalt gezahlt wird. Stimmt der Versicherte dem zu, so ist das nicht als eine Abtretung des Anspruchs anzusehen, die nach § 119 RVO. unzulässig sein würde, sondern die Zustimmung hat lediglich die Bedeutung einer Anweisung an die Krankenkasse, das Krankengeld an die Anstalt zu zahlen. Auf Grund einer solchen Anweisung erlangt die Anstalt zwar nicht einen klagbaren A n s p r u c h gegen die Krankenkasse (zu vgl. Entsch. des RVA. 2036 ArbVers. 1915 S. 515), aber die Krankenkasse wird dadurch e r m ä c h t i g t, das Krankengeld für Rechnung des Versicherten an die Anstalt zu zahlen (§ 783 BGB.).

Taschengeld (§ 194 Ziff. 2 RVO.) neben erweiterter Krankenpflege (§§ 432, 435)?

10. Nach Witten. A n t w o r t: Wenn die Satzung gemäß §§ 432, 435 RVO. bestimmt, daß den Dienstboten bei erweiterter Krankenpflege neben der Krankenhauspflege ein Hausgeld n i c h t gewährt wird, so kann es nicht zweifelhaft sein, daß hieran durch die neuerliche Bestimmung der Satzung,

daß Versicherten, für die kein Hausgeld zu zahlen ist, neben der Krankenhauspflege ein Krankengeld in Höhe von ⅕ des Grundlohns („Taschengeld“) gezahlt wird,

nichts geändert ist, daß also Dienstboten nach wie vor kein Hausgeld erhalten. Daraus folgt aber unseres Erachtens nicht, daß sie nunmehr Anspruch auf das Taschengeld haben. Die hierauf bezügliche Satzungsbestimmung entspricht völlig dem § 194 Ziff. 2 RVO. und darf nur unter Berücksichtigung des § 186, den sie ergänzt, verstanden werden. Nach dieser Vorschrift wird Hausgeld dann gewährt, wenn der Versicherte „bisher von seinem Arbeitsverdienste Angehörige ganz oder überwiegend erhalten hat“. Hat er das nicht getan, dann soll ihm nach § 194 Ziff. 2 RVO. wenigstens ein Taschengeld zugebilligt werden dürfen. So ist auch die vorliegende Satzungsbestimmung zu verstehen. Sie bezieht sich also nur auf die Fälle, in denen die Kasse u n t e r U m s t ä n d e n Hausgeld zahlen muß, mithin nicht auf die erweiterte Krankenhauspflege für Dienstboten, da die Kasse in diesen Fällen satzungsmäßig u n t e r k e i n e n U m s t ä n d e n Hausgeld zu zahlen hat.

Generalagent einer Versicherungsgesellschaft als selbständiger Kaufmann oder als Angestellter?

11. Nach M. Generalagentur. A n t w o r t: Gewiß kann der Generalagent einer Versicherungsgesellschaft unter Umständen als selbständiger Gewerbetreibender anzusehen sein, so namentlich, wenn er als Kaufmann unter eigener Firma und Verantwortlichkeit die Agenturgeschäfte betreibt (zu vgl. die Entscheidungen in ArbVers. 1918 S. 106 und 711). Wenn aber, wie im vorliegenden Falle, die Versicherungsgesellschaft die allgemeinen Geschäftsunkosten (Miete, Büromaterial, Heizung usw.) bestreitet, der Agent nur ein festes Gehalt (keine Provision) erhält, das Personal von der Gesellschaft angestellt, entlohnt und entlassen wird, so kann kein Zweifel darüber bestehen, daß ein Verhältnis persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit des Generalagenten von der Gesellschaft besteht, das ihn als Angestellten in gehobener Stellung oder Handlungsgehilfen kennzeichnet und nach § 165 Abs. 1 Ziff. 2, 3 und Abs. 2 versicherungspflichtig macht, da sein Jahresarbeitsverdienst 15 000 ℳ nicht übersteigt (§ 5 Verordg. v. 30. 4. 20, ArbVers. S. 287). Daß er „in gewissen Grenzen über Ort und Zeit seiner Tätigkeit frei verfügen kann“, folgt aus der Gehobenheit seiner Stellung und aus der Art seiner Tätigkeit, rechtfertigt aber nicht seine Heraushebung aus der Klasse der gegen Gehalt in unselbständiger Stellung beschäftigten und deshalb versicherungspflichtigen Personen.

Der Schriftleitung gehen fortlaufend von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsämtern und Oberversicherungsämtern zahlreiche Entscheidungen zur Veröffentlichung zu. Alle diese Eingänge werden sorgfältig geprüft und gern aufgenommen, wenn ein allgemeineres Interesse an den erörterten Fragen erkennbar ist. Wir legen Gewicht darauf, neben den obersten Spruchstellen auch die Oberversicherungsämter und die Versicherungsämter zu Wort kommen zu lassen, und sind daher für die Übersendung geeigneter Entscheidungen in Abschriften dankbar.

„Arbeiter-Versorgung“.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1291 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 1. September 1920 | Heft 25

Das Betriebsrätegesetz und die Dienststellung der Beamten und Angestellten der Krankenkassen.

Von Syndikus Dr. Franz Goerrig in Köln.

Seit dem Inkrafttreten des Betriebsrätegesetzes sind bei zahlreichen Krankenkassen mancherlei Zweifel darüber entstanden, wieweit die einzelnen Bestimmungen des Betriebsrätegesetzes anwendbar sind auf den Dienstbetrieb der Krankenkassen und die Dienststellung der Kassenangestellten. Zweifel herrscht vor allem über den Zusammenhang der Bestimmungen des Betriebsrätegesetzes mit den §§ 349 ff. RVO. Hierauf soll im folgenden kurz in systematischer Form eingegangen werden.

I. Zum besseren Verständnis insbesondere in bezug auf die anscheinend vorliegende Gesetzeskonkurrenz zunächst einige leitende Grundgedanken über den Geist und Zweck des Betriebsrätegesetzes und der die Angestellten betreffenden §§ 349 bis 362 der RVO.

a) Das Betriebsrätegesetz will nach § 1 Betriebsräte errichten „zur Wahrnehmung der gemeinsamen wirtschaftlichen Interessen der Arbeitnehmer (Arbeiter und Angestellten) dem Arbeitgeber gegenüber und zur Unterstützung des Arbeitgebers in der Erfüllung der Betriebszwecke". Im Vordergrunde steht also das Interesse der Arbeiter und Angestellten. Zwar sollen auch die Arbeitgeber in der Erfüllung ihrer Betriebszwecke durch die Betriebsräte unterstützt, die Betriebsproduktivität soll gefördert werden. Aber diese Förderung der Betriebe ist wenigstens in der Praxis und vorläufig nur Mittel zum Zweck.

b) Dagegen bezwecken die §§ 349 bis 362 der RVO. zunächst eine Sicherstellung der Kassentätigkeit und der Zwecke der Reichsversicherungsordnung. Sie bringen zwar auch eine Sicherung und Besserung der Rechtsstellung der Kassenangestellten und -beamten, aber hier ist im Gegensatz zu a diese Besserstellung der Kassenangestellten Mittel zur Förderung der „Betriebsinteressen", das heißt: der Interessen der Krankenkassen.

c) Hinzu kommt als weiterer wesensunterscheidender Gegensatz, daß im Betriebsrätegesetz vor allem die Rechte der Arbeitnehmer festgelegt werden, während die Grundrichtung der §§ 349 ff. RVO. auf eine rechtssichernde Festigung der Arbeitgeberinteressen, nämlich der Interessen der durch ihre Organe vertretenen Krankenkasse abzielen, und daß bei der Durchführung des Betriebsrätegesetzes die Initiative von den Arbeitnehmern, bei den §§ 349 ff. dagegen im allgemeinen von den Arbeitgebern, d. h. den Kassenorganen oder ihrer Aufsichtsbehörde ausgeht. Durch die Verordnung vom 5. Februar 1919 (RGBl. S. 181, ArbVers. S. 126) sind diese Unterschiede zugunsten der Arbeitnehmer zwar etwas verschoben worden; immerhin aber handelt es sich in den beiden

in Frage kommenden Gesetzen um zwei verschiedene Gesetzesmaterien.

II. Daraus folgt, daß die §§ 349 ff. RVO., trotz des Grundsatzes, daß das jüngere Gesetz dem älteren Gesetz vorgeht, rechtsgültig geblieben sind und daß sie nur gegebenenfalls in Einzelpunkten durch das Betriebsrätegesetz, sofern sie mit diesem in unausgeglichenem Gegensatz stehen, abgeändert sind. Zur Feststellung solcher Gegensätze sollen hier kurz die für die Krankenkassen wesentlichen unklaren Einzelbestimmungen des Betriebsrätegesetzes betrachtet werden.

1. Zweifel bestehen vor allem über die Frage: Ob und für welche Kassen ein besonderer Betriebsrat zu errichten ist. Hier besteht zunächst ein wesentlicher Unterschied zwischen Betriebskrankenkassen und Ortskrankenkassen bzw. den beiderseits gleichgestellten Kassen. Das Personal der Betriebskrankenkasse, das vom Betriebsunternehmer gestellt wird, bildet mit den Betriebsangestellten eine einheitliche Gruppe und wählt zum selben Betriebs- und Angestelltenrat. Die Betriebskrankenkasse gilt nach § 9 Abs. 2 des Betriebsrätegesetzes nicht als ein besonderer Betrieb, für den ein Betriebsrat zu errichten wäre, weil „sie nur ein Bestandteil, höchstens ein Nebenbetrieb eines Unternehmens und durch die Betriebsleitung bzw. das Arbeitsverfahren mit diesem verbunden ist". — Die Angestellten der Ortskrankenkasse dagegen bilden eine besondere, in sich geschlossene und selbständige Angestelltengruppe, die im allgemeinen nicht mit anderen Angestellten zusammen zu wählen hat. Die Ortskrankenkassen sind auch „Betriebe im Sinne des Gesetzes; denn als solche gelten nach § 9 Abs. 1 des Betriebsrätegesetzes alle Betriebe, Geschäfte und Verwaltungen des öffentlichen und privaten Rechtes". Es unterliegt daher keinem Zweifel, daß für alle Ortskrankenkassen (und entsprechend selbstverständlich auch für Landkrankenkassen usw.), „wenn sie in der Regel mindestens zwanzig Arbeitnehmer beschäftigen", ein Betriebsrat, und „wenn sie in der Regel weniger als zwanzig, aber mindestens fünf wahlberechtigte Arbeitnehmer beschäftigen, von denen mindestens drei wählbar sind", ein Betriebsobmann zu wählen ist (§§ 1, 2). Dagegen wird wohl selten bei einer Krankenkasse noch ein besonderer Angestelltenrat zu wählen sein, weil fast alle Arbeitnehmer, soweit sie nicht Beamte sind, zu den „Angestellten" im Sinne des § 12 und nur ganz wenige zu den „Arbeitern" im Sinne des § 11 gehören. Infolgedessen übt der „Betriebsrat" auch die besonderen Funktionen des „Angestelltenrates" nach § 78 aus.

2. Bezüglich des Wahlganges besteht bei der Wahl des Betriebsrates einer Krankenkasse gegenüber anderen „Betrieben" kein Unterschied; dagegen bedarf der Aufklärung die Frage, wie weit die Kassenangestellten mit Beamteneigenschaften aktives und passives Wahlrecht besitzen. Nach § 13 Abs. 2 können die Landesregierungen für die öffentlichen Behörden, öffentlich-rechtlichen Körperschaften usw., die hinsichtlich der Dienstverhältnisse ihrer Beamten der Landesaufsicht unterstehen, also auch für die Krankenkassen Verordnungen erlassen, in denen sie bestimmen, daß gewisse Gruppen von Beamten und Beamtenanwärtern als Angestellte oder Arbeiter im Sinne des Betriebsrätegesetzes zu betrachten sind. Nach der preußischen Ausführungsverordnung vom 8. März 1920 (Ges. S. S. 57) und der Verordnung des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 15. Mai 1920 (HMBl. S. 159) haben bezüglich der Ortskrankenkassen usw. die Vorstände darüber Bestimmung zu treffen, ob die Kassenangestellten, welchen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen sind, als Angestellte im Sinne des Betriebsrätegesetzes zu betrachten sind und demzufolge dann mit den übrigen Kassenangestellten zusammen die Betriebsversammlung zu bilden und den Betriebsrat zu wählen haben. Nach Artikel 1 der Ausf. Vrdg. vom 8. 3. 20 (zu § 13 Ges.) bedürfen die entsprechenden Anordnungen des Vorstandes der Zustimmung des Regierungspräsidenten bzw. in Berlin

des Oberpräsidenten als der für zuständig erklärten Staatsaufsichtsbehörde. In Streitfällen entscheidet in Preußen endgültig der Preußische Minister für Volkswohlfahrt. Bei der Beschlußfassung über die Gleichstellung der Angestellten mit Beamteneigenschaft hat der Vorstand die speziellen Verwaltungsverhältnisse und auch die Wünsche der Betroffenen selbst angemessen zu berücksichtigen.

3. Die Rechte des Betriebsrates der Krankenkasse sind grundsätzlich die gleichen wie die der Betriebsräte anderer Betriebe und Verwaltungen. Der Kassenbetriebsrat hat in der Hauptsache das Recht und die Pflicht:

a) nach § 66 des Betriebsrätegesetzes: die Kasse in sozialen Fragen vor Erschütterungen zu bewahren, insbesondere bei Streitigkeiten des Betriebsrates, des Kassenpersonals untereinander oder mit dem Kassenvorstand, vorbehaltlich der Befugnisse der wirtschaftlichen Vereinigungen, wenn durch Verhandlungen keine Einigung zu erzielen ist, den Schlichtungsausschuß oder eine andere vereinbarte Einigungs- oder Schiedsstelle anzurufen (§ 66 Ziff. 3); darüber zu wachen, daß die in Angelegenheiten des Kassenpersonals von den Beteiligten anerkannten Schiedssprüche eines Schlichtungsausschusses oder einer vereinbarten Einigungs- oder Schiedsstelle durchgeführt werden (§ 66 Ziff. 4); das Einvernehmen innerhalb der Arbeitnehmerschaft sowie zwischen ihr und dem Vorstand als Arbeitgeber zu fördern und für Wahrung der Vereinigungsfreiheit der Arbeitnehmerschaft einzutreten (§ 66 Ziff. 6); für die Arbeitnehmer gemeinsame Dienstvorschriften und Änderungen derselben im Rahmen der geltenden Tarifverträge mit dem Arbeitgeber zu vereinbaren (§ 66 Ziff. 5)*); auf die Bekämpfung der Gesundheitsgefahren in der Verwaltung zu achten, die Gewerbeaufsichtsbeamten und die sonstigen in Betracht kommenden Stellen bei dieser Bekämpfung durch Anregungen, Beratung und Auskunft zu unterstützen (§ 66 Ziff. 8); an der Verwaltung von Pensionskassen sowie sonstiger Wohlfahrtseinrichtungen mitzuwirken (§ 66 Ziff. 9);

b) nach § 78 des Betriebsrätegesetzes außerdem: soweit eine tarifvertragliche Regelung nicht besteht, im Benehmen mit den beteiligten wirtschaftlichen Vereinigungen der Arbeitnehmer mitzuwirken bei der Regelung der Gehaltshöhe und Gehaltszahlung, der Arbeitszeit, der Urlaubszeit und der Lehrlingsausbildung; bei Kriegs- und Unfallbeschädigten für eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Beschäftigung durch Rat, Anregung, Schutz und Vermittlung bei dem Vorstand und den Mitarbeitern tunlichst Sorge zu tragen; bei der Entlassung der Angestellten, soweit sie nicht Beamteneigenschaft besitzen, im Rahmen der bekannten gesetzlichen Bestimmungen der §§ 84 bis 90 mitzuwirken und für die Einstellung der Angestellten ohne Beamteneigenschaft Richtlinien zu vereinbaren;

c) nach § 80 des Betriebsrätegesetzes endlich: gemeinsam mit dem Vorstand Strafen gegen die Angestellten auf Grund der Dienstordnung festzusetzen.

4. Die Konkurrenz zwischen Schlichtungsausschuß und Oberversicherungsamt: Nach §§ 349 ff. RVO. entscheidet in Streitfällen bezüglich des Dienstverhältnisses der Angestellten das Versicherungsamt bzw. Oberversicherungsamt. Nach dem Betriebsrätegesetz ist der Schlichtungsausschuß die entscheidende Instanz. § 358 RVO. besagt: „In Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnisse der Angestellten, die der Dienstordnung unterstehen, entscheidet das Versicherungsamt (Beschlußausschuß). Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig." Das Betriebsrätegesetz (§ 87) in Verbindung mit der Verordnung vom 23. Dezember 1918 (RGBl. S. 1456) sieht dagegen bei Arbeits- und Dienststreitigkeiten eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses auf Anrufung hin vor; diese Entschei-

*) Arbeitgeber ist in diesem Falle der Vorstand, der aber seinerzeit nur mit Genehmigung des Ausschusses und des Oberversicherungsamtes (nach § 355 RVO.) eine Vereinbarung treffen darf.

dung ist in gewissen Fällen ebenfalls endgültig und rechtsverbindlich bzw. kann in anderen Fällen für verbindlich erklärt werden. Zur „Klärung" der dadurch notwendigerweise heraufbeschworenen Streitfragen äußert sich der Preußische Minister für Volkswohlfahrt in einem Erlasse vom 15. Mai 1920 (HMBl. S. 159, ArbVers. Heft 19 S. 366) wie folgt: ....„Wenn daher der Betriebsrat einer Kasse gemäß § 66 Nr. 3 des Betriebsrätegesetzes den Schlichtungsausschuß oder eine vereinbarte Schiedsstelle oder Einigungsstelle anruft oder nach Nr. 5 daselbst Dienstvorschriften oder Änderungen derselben mit den Kassenvorständen vereinbart, wenn er ferner nach § 78 Nr. 2 bei der Regelung des Arbeitsverhältnisses mitwirkt, nach Nr. 8 mit den Kassenvorständen Richtlinien über die Einstellung von Angestellten vereinbart oder bei Entlassungen solcher mitwirkt, so ist gleichwohl bei entstehenden Streitigkeiten ein Verfahren der Versicherungsbehörden nach § 358 zulässig." ...„Sollten aus dem Nebeneinanderbestehen der Vorschriften der RVO. und des Betriebsrätegesetzes Streitigkeiten entstehen, so würden über dieselben im Rahmen der RVO. zunächst die zuständigen Versicherungsbehörden zu entscheiden haben."

Diese „Klärung" des Wohlfahrtsministeriums ist meines Erachtens nicht ganz zutreffend, jedenfalls nicht ausreichend. Vor allem ist sie unbefriedigend für solche Fälle, wo der Schlichtungsausschuß endgültig entscheidet, wie z. B. bei Entlassung von Angestellten ohne Beamteneigenschaft, oder wo der Schiedsspruch für verbindlich erklärt wird. In solchen Fällen kann es nicht zulässig sein, daß neben oder gar vor dem Schlichtungsausschuß das Oberversicherungsamt ebenfalls „endgültig" und „bindend" entscheiden soll. Wir erhielten ja auf diese Weise gegebenenfalls zwei sich widersprechende „endgültige" Entscheidungen!

Meines Erachtens gibt es in solchen Fällen, wo beide Gesetze in derselben Sache verschiedene Entscheidungsinstanzen kennen und man sich wie hier mit dem Grundsatze, daß das Sondergesetz dem allgemeinen Gesetz vorgeht, nicht helfen kann, nur einen Ausweg: man erkennt als allein entscheidende Instanz nach dem neueren, also dem Betriebsrätegesetz, bei Konkurrenz nur den Schlichtungsausschuß an, sofern es sich um reine soziale Arbeitnehmerfragen handelt. — Immerhin bleibt die Frage zweifelhaft; um so dringender ist eine baldige gesetzliche Klarstellung erforderlich.

Diese kann und muß uns unter Aufhebung der betreffenden Bestimmungen des Betriebsrätegesetzes und der RVO. das für bald erwartete Gesetz über die Arbeitsgerichte bringen, das ein einheitliches geschlossenes Sonderarbeitsgerichtssystem bringen soll.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Sterbegeld im Falle des Selbstmordes.

Urteil des **Versicherungsamts Hamburg** v. 26. Juni 1920 (885/20. K.).

Die Klägerin, Witwe M. A., ist die Mutter des Dienstmädchens J. A., das auf Grund ihrer Beschäftigung seit dem 1. Januar 1920 Mitglied der beklagten Ortskrankenkasse war. Am Sonntag, dem 18. Januar, ging sie aus der Wohnung ihres Dienstherrn fort und wurde am 18. März 1920 als Leiche in stark verwestem Zustande in der Elbe aufgefunden. Da sie leidend war und Lebensüberdruß gezeigt hatte, so ist anzunehmen, daß sie sich selbst das Leben genommen und die Wohnung verlassen hat, um ins Wasser zu gehen. Am 20. Januar ließ die Mutter polizeiliche Nachforschungen anstellen. Da die Tochter seit dem 18. Januar nicht mehr gesehen ist, so ist es wahrscheinlich, daß sie noch am 18. oder 19. Januar ihr Leben geendet hat.

Die Mutter hat die Beerdigungskosten im Gesamtbetrage von 436 ℳ getragen und fordert daher von der Beklagten das satzungsmäßige Sterbegeld von 210 ℳ. Die beklagte Kasse lehnt den Anspruch ab mit folgender Begründung: Die A. sei auf Grund der Reichsversicherung erst vom 1. Januar 1920 an versichert gewesen. Da der Tod vermutlich am 18. oder 19. Januar eingetreten sei, so komme § 214 RVO. nicht in Betracht. Der Anspruch hänge

daher davon ab, ob die A. zur Zeit ihres Todes noch in versicherungspflichtiger Beschäftigung gestanden habe. Wenn sie, wie anzunehmen, durch Selbstmord geendet habe, so sei aber ihre Mitgliedschaft bereits vor dem Tode erloschen gewesen; denn als sie das Haus ihres Arbeitgebers verließ, hätte sie doch offenbar die Absicht gehabt, nicht dorthin zurückzukehren. Daher sei das Beschäftigungsverhältnis mit diesem Zeitpunkt als gelöst anzusehen (vgl. Entsch. des RVA. 2265 v. 14. August 1916, Amtl. Nachr. 1916 S. 737, ArbVers. 1916 S. 781). Außerdem sei in der vorgelegten Todesbescheinigung als Sterbetag der Tag der Auffindung der Leiche angegeben. Daher hätte die Klägerin keinen Anspruch auf das Sterbegeld.

Das Versicherungsamt hat die Krankenkasse zur Zahlung des Sterbegeldes verurteilt aus folgenden Gründen:

Richtig ist die Ansicht der Beklagten, daß der § 214 RVO. hier versagt, weil die A. zur Zeit ihres Todes die Wartezeit für den Anspruch auf die Erwerbslosenunterstützung noch nicht erfüllt hatte. Es kommt hier nur die Versicherung in einer reichsrechtlichen Kasse in Betracht. Das Versicherungsamt ist ferner der Überzeugung, daß der Tod bereits am 18. oder 19. Januar eingetreten ist. Dagegen kann das Versicherungsamt der Ansicht der Beklagten nicht folgen, daß das Dienstverhältnis bereits vor dem Tode in dem Augenblick gelöst ist, als die A. die Wohnung verließ, um den Tod zu suchen.

In dem Falle, der der angezogenen Entscheidung des Reichsversicherungsamts zugrunde lag, war der Versicherten ihre Stellung von dem Arbeitgeber fristlos gekündigt worden, und sie hatte aus Verzweiflung über die Entlassung sich noch am selben Tage das Leben genommen. Das Beschäftigungsverhältnis war also zweifellos durch die sofortige Kündigung des Arbeitgebers mit dem Empfang der Kündigung bereits gelöst, und erst nach der Lösung desselben hat die Versicherte den Tod gesucht. Hier aber liegt die Sache ganz anders. Gewiß kann auch der Arbeitnehmer einseitig ohne ausdrückliche Kündigungserklärung das Dienstverhältnis lösen, so vor allem, indem er die Arbeitsstelle vorzeitig verläßt mit der irgendwie kundgegebenen Absicht, nicht zur Arbeit zurückzukehren und den Dienst aufzugeben. Dieser Wille muß aber in Erscheinung treten und dem Dienstherrn erkennbar sein. Daraus, daß ein Dienstbote an einem Sonntagabend ausgeht, kann der Dienstherr aber keineswegs ohne weiteres die Absicht des Dienstboten entnehmen, den Dienst überhaupt aufzugeben. Eine Erklärung der Kündigung des Dienstverhältnisses war also in dem Verlassen der Wohnung nicht zu erblicken. Es kann aber auch nicht angenommen werden, daß die A. den klaren Willen hatte, das Dienstverhältnis aufzulösen, als sie die Wohnung verließ. Sie wollte den Tod suchen. Ob dieser Entschluß in diesem Augenblick schon in ihr feststand, ist naturgemäß recht unsicher. Keinesfalls aber kann angenommen werden, daß sie sich klar bewußt war, daß sie schon in diesem Augenblick aus dem Dienst scheiden wollte. Wer sich mit Selbstmordgedanken trägt, möchte natürlich durch seinen Tod alle Lebensverhältnisse, in denen er steht, lösen. Er denkt aber in seiner Verzweiflung über die nebensächlicheren Lebensverhältnisse nicht klar nach. Der Grund des Lebensüberdrusses lag hier nicht in dem Dienstverhältnis, sondern in einem Geschlechtsleiden der A. und in Verhältnissen, die mit ihrem Dienst nichts zu tun hatten. In dem Verlassen der Wohnung mit Selbstmordgedanken ist also die Willenserklärung, das Dienstverhältnis schon jetzt zu lösen, nicht zu finden. Erst als und indem sie sich ins Wasser stürzte und den Tod fand, ist sie also auch aus dem Dienstverhältnis geschieden. Demgemäß starb sie als Kassenmitglied. Der Klageanspruch war daher begründet. Wollte man anders schon in dem Umstande, daß eine versicherungspflichtige Person die Arbeitsstelle verläßt oder zur Arbeit nicht zurückkehrt oder die Arbeit unterbricht, um sich das Leben zu nehmen, die Auflösung des Arbeitsverhältnisses sehen, so hätte die Kasse für Selbstmörder nur dann Sterbegeld zu zahlen, wenn der Anspruch sich auf § 214 RVO. stützen ließe, oder wenn der Selbstmord die Folge einer schon vorher bestehenden Geisteskrankheit wäre. Dies Ergebnis widerspricht aber dem Willen des Gesetzgebers, der nur die Versagung des Krankengeldes im Falle vorsätzlicher Herbeiführung einer Krankheit (§ 192 RVO.) zuläßt, bei selbst herbeigeführtem Tode aber die Kasse von der Verpflichtung zur Zahlung des Sterbegeldes nicht befreit.

Im Verfahren wegen vermögensrechtlicher Ansprüche der Kassenangestellten (§ 358 Abs. 3 RVO.) ist weitere Beschwerde an das RVA. nicht zulässig.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 30. April 1920 (2584 Amtl. Nachr. 1920 S. 368).

Die Beschwerdeführerin hat als Angestellte einer Ortskrankenkasse, die der Dienstordnung der Kasse unterstand, bei Ausübung ihres Dienstes als Krankenbesucherin einen Unfall erlitten und für den hierdurch erlittenen Schaden die Kasse haftbar gemacht. Ihr Entschädigungsanspruch ist von dem Beschlußausschuß des Versicherungsamts abgewiesen worden, weil der Unfall eine dauernde Gesundheitsschädigung der Antragstellerin nicht verursacht habe. Die Beschwerde hat die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts in Übereinstimmung mit der Auffassung des Versicherungsamts als unbegründet abgewiesen. Hierauf hat die Beschwerdeführerin weitere Beschwerde beim Reichsversicherungsamte mit dem Antrag eingelegt, unter Aufhebung der Vorentscheidungen ihren Entschädigungsanspruch anzuerkennen. Das Rechtsmittel ist als unzulässig verworfen worden aus folgenden Gründen:

Es handelt sich, wie die Vorinstanzen zutreffend angenommen haben, um einen vermögensrechtlichen, auf Vorschriften des bürgerlichen Rechts gestützten

2*

Anspruch einer der Dienstordnung der Kasse unterstehenden Angestellten gegen die Kasse. Für die Verfolgung derartiger Ansprüche ist die Beschreitung des ordentlichen Rechtswegs innerhalb der in § 358 Abs. 3 Satz 2 RVO. bezeichneten Notfrist zugelassen. Der Klage vor den bürgerlichen Gerichten muß jedoch nach § 358 Abs. 3 Satz 1 die Entscheidung des Oberversicherungsamts vorangehen. Hierbei handelt es sich, wie der Zusammenhang dieser Vorschrift mit § 358 Abs. 1 ergibt, nicht um eine besondere Entscheidung dieser Behörde in erster Instanz, sondern um die in Absatz 1 erwähnte, auf Beschwerde erlassene Entscheidung des Oberversicherungsamts (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 5a zu § 358 RVO.). Die Vorschrift hat, wie ein Vertreter der verbündeten Regierungen auf Anfrage bei den Kommissionsverhandlungen zu § 368 des Entw. einer RVO. (§ 358 RVO.) ausdrücklich hervorgehoben hat, nur die Bedeutung, daß der disziplinare Instanzenzug der Reichsversicherungsordnung erschöpft sein müsse, bevor wegen der vermögensrechtlichen Ansprüche der ordentliche Rechtsweg beschritten werden dürfe (zu vgl. Kommissionsber. II S. 240). Über vermögensrechtliche Ansprüche der Angestellten ist also zunächst in dem in § 358 Abs. 1 RVO. geordneten Verfahren vor den Versicherungsbehörden zu entscheiden. Hierbei entscheidet in erster Instanz das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) und nach ausdrücklicher Vorschrift des § 358 Abs. 1 Satz 2 RVO. auf Beschwerde das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) endgültig. Eine weitere Beschwerde gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts findet demnach auch wegen vermögensrechtlicher Ansprüche der Kassenangestellten nicht statt. Infolgedessen mußte dieses Rechtsmittel hier als unzulässig verworfen werden.

B. Zur Unfallversicherung.

Berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit von Montagebetrieben.

Entscheidungen des **Reichsversicherungsamts** a) v. 13. Juni 1919 (Ia 188/19) und b) v. 28. Februar 1920 (Ia 1567/19).

a)

„Die Frage, welche Berufsgenossenschaft den Verletzten zu entschädigen hat, ist nach den Verhältnissen zur Zeit des Unfalls zu beantworten. Sie hängt in erster Linie davon ab, ob der Arbeitgeber N. die Montagearbeiten, bei deren Ausführungen H. verunglückt ist, als selbständiger Unternehmer im Sinne des § 633 RVO. übernommen hat, da nur in diesem Falle eine besondere Versicherungspflicht des Unternehmers bestand. Das RVA. hat das bejaht. Zwar gewähren die zur Verfügung stehenden Unterlagen keinen vollen Einblick in die damaligen Betriebsverhältnisse des N. Immerhin ist aber schon aus der Anmeldung vom 1. 9. 1917 zu entnehmen, daß es sich um die Ausführung größerer Arbeiten handelte und von vornherein eine Ausdehnung des Unternehmens beabsichtigt war. Allerdings hat sich N. zunächst, wie aus seinem Schreiben vom 10. 1. 1918 an die Antragstellerin hervorgeht, bei einem Teil der Arbeiten in wirtschaftlicher und technischer Beziehung gewisse Beschränkungen gefallen lassen müssen. Indessen lassen die vorgelegten Verträge zwischen ihm und seinen Auftraggebern erkennen, daß das Unternehmen sich schnell zu voller Selbständigkeit ausgewachsen hatte. In diesen Verträgen handelt es sich um die Übernahme größerer Aufträge von Montagearbeiten im ganzen oder nach Aufmaß, wobei N. nicht nur die Arbeitskräfte und die Geräte zu stellen, sondern auch die volle Verantwortung für die Ausführung und Leitung zu tragen hatte. Ihm kam einerseits der unmittelbare Gewinn aus den verrichteten Arbeiten zugute, anderseits lastete das wirtschaftliche Risiko in erster Linie auf ihm, wie aus den Abmachungen über die Vergütung und die Einhaltung der Fristen ersichtlich ist. Sonach war N. wenigstens im Januar 1918 Unternehmer im Sinne des § 633 RVO. Man muß aber annehmen, daß die Verhältnisse zur Zeit des Unfalls, der wenige Monate vorher stattfand, im großen und ganzen schon dieselben gewesen sind. Dabei kommt noch in Betracht, daß N. von vornherein die Arbeiten nur technisch leitete, auch im Besitz eines umfangreichen und wertvollen Werkzeugs und Materials sein mußte, um die zum Teil schwierigen Arbeiten ausführen zu können, und sich somit nach seinen sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen über die Stellung eines Arbeiters erhob. Danach entfielen für das RVA. die Bedenken, N. schon zur Zeit des Unfalls die Eigenschaft eines selbständigen Unternehmers zuzuerkennen (vgl. Handb. d. UV., 3. Aufl. B. I S. 359 Anm. 21 zu § 28 des GUVG., Moesle-Rabeling, Kommentar zum 3. Buch der RVO., 3. Aufl. S. 264, Anm. 2 zu § 633).

Es fragt sich nun weiter, welcher Berufsgenossenschaft der Betrieb N. zur Zeit des Unfalls anzugehören hatte. Der gewerbsmäßige Auf- und Abbau von Maschinen — um solche Arbeiten hat es sich bei N. in der Hauptsache gehandelt — stellt sich nach der Rechtsprechung des RVA. seiner Natur nach, ohne Rücksicht auf den Umfang, als ein fabrikmäßiger Hilfsbetrieb der Maschinenindustrie dar (vgl. Handb. d. UV. 3. Aufl. B. I S. 198, Anm. 18 zu § 2 GUVG.). Ob damals schon eine Werkstatt bestand, ist ohne Bedeutung, da schon die Autogenarbeiten allein versichert waren (zu vgl. Rekursent-

scheidung 2601, AN. 1913, S. 394). Daß ein solcher Werkstattbetrieb in enger Fühlung mit den Montagearbeiten stehen muß, liegt übrigens nach der ganzen Sachlage auf der Hand. Diese Tatsachen begründeten für den Betrieb N. nach § 537 Nr. 2, § 538 RVO. — und zwar entsprechend dem Sitz des Betriebes — die Versicherungspflicht bei der Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft.

b)

Allerdings ist W. in den letzten Jahren vor dem Kriege unselbständig als Monteur tätig gewesen. Auch war sein Unternehmen zur Zeit des Unfalls vom 4. 9. 1917 noch sehr jung, da er es erst im Juli 1917 nach Entlassung aus dem Heeresdienste begonnen hatte. Es sprechen auch, wie der Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-BG. zugegeben werden kann, einige Umstände für ihre Auffassung, daß W. zur Zeit des Unfalls vom 4. September 1917 noch nicht die wirtschaftlichen Lohnvorschüsse an ihn durch die Zeche Graf Bismarck unter Mitbewertung seiner Tätigkeit nach einem fingierten Stundenlohn empfing, ferner die Stellung eines Teils des Handwerkszeuges und von Materialien durch die Auftraggeber und das Fehlen einer eigenen Werkstatt im Jahre 1917. Diese Umstände können aber im vorliegenden Falle nicht den Ausschlag geben. W. hatte nach seinen glaubhaften Erklärungen von vornherein die Absicht, größere Aufträge gleichzeitig zu übernehmen und das Unternehmen bald zu erweitern. Er stand schon in den ersten drei Monaten nach Eröffnung des Unternehmens mit mindestens vier großen Fabriken in Geschäftsverbindung, hatte immerhin von Anfang an ein Betriebskapital von 4000 bis 5000 ℳ und besaß nach der Aussage des Zeugen T. schon im Sommer 1917 Betriebsgeräte im Werte von mehreren tausend Mark. Die Zahl der von ihm damals beschäftigten Arbeiter — bis etwa 20 — spricht auch dafür, daß es sich nicht um das Unternehmen eines Kleinakkordanten handelte. Die Entwicklung des Unternehmens im Jahre 1918 zeigt, daß die Hoffnungen W.s auf seine Ausdehnung gerechtfertigt waren. Die Aufträge nahmen an Zahl und Wert zu und führten dahin, daß W. sein Betriebskapital bald bedeutend erhöhen und Anfang 1919 eine eigene Reparaturwerkstätte einrichten konnte. Die Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-BG. hat dann auch im März 1919 kein Bedenken mehr getragen, W. mit seinem Gesamtbetriebe — Reparaturwerkstatt sowie auswärtige Montage und Demontage — in ihr Betriebsverzeichnis aufzunehmen. Das wirtschaftliche Gesamtbild begründet hiernach die Auffassung, daß W. schon zur Zeit des Unfalles vom 4. September 1917 selbständiger Unternehmer im Sinne des § 633 RVO. gewesen ist. Hieraus folgt die Haftung der Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-BG. („Berufsgenossenschaft.“)

Schädigung der Gesundheit des Verletzten durch Röntgenverbrennung im Krankenhause als mittelbare Unfallfolge.

Ref. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 20. April 1920 (Ia 2844/18. 7 A.).

Der Bergmann Sch. hatte im Betriebe der Grube durch Unfall einige oberflächliche Wunden und eine Anschwellung der rechten Gesäßhälfte erlitten, die bald im Lazarett verheilten, so daß erwerbsbeschränkende Unfallfolgen nicht zurückblieben. Mit seinem Anspruch auf Unfallrente wurde Sch. daher in allen Instanzen zurückgewiesen. Im Laufe des Verfahrens hatte Sch. auf Grund mehrerer ärztlicher Gutachten eine nochmalige Untersuchung in einer Klinik in Verbindung mit einer Röntgendurchleuchtung angeregt, und auch sein Vertreter hatte schriftlich eine Röntgenaufnahme beantragt. Darauf wurde er von der Berufsgenossenschaft nochmals ins Hospital eingewiesen. Die Röntgenaufnahme des Rückens und der Hüfte mußte infolge des widerspenstigen Verhaltens des Sch. mehrfach wiederholt werden, wobei Sch. eine ausgedehnte Verbrennung in den Schenkelbeugen erlitt, die eine Hauterkrankung und Erwerbsbehinderung zur Folge hatte. Seinen neuen Anspruch auf Entschädigung für diese Verbrennung lehnte die Knappschaftsberufsgenossenschaft ab, weil die Verbrennung nicht durch ein Heilverfahren anläßlich des Unfalles hervorgerufen und somit keine unmittelbare Folge des Unfalles sei. Auch seine Berufung wurde zurückgewiesen, weil frühere Unfallfolgen durch die Verbrennung nicht verschlimmert seien. Das Reichsversicherungsamt erkannte aber seinen Anspruch aus Anlaß der Verbrennung als berechtigt an und verurteilte die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung aus folgenden Gründen:

Die Beklagte hat am 9. Oktober 1915 an Professor Dr. N. das Ersuchen gerichtet, den Kläger nochmals zu beobachten und zu untersuchen. Sie war auch damit einverstanden, daß Röntgenaufnahmen gemacht wurden. Mit diesem Auftrage übernahm die Beklagte dem Kläger gegenüber die Haftung für alle Schäden, welche ihm aus Anlaß der Beobachtung durch Mängel des Krankenhauses oder der Behandlung entstehen konnten. Da die Röntgenaufnahmen lediglich im Rahmen des erteilten Auftrages zum Zweck der Klarstellung der Unfallfolgen erfolgt sind, sind die dabei erfolgten Verbrennungen mittelbare Unfallfolgen, die die Beklagte zu entschädigen verpflichtet ist. Gleichgültig ist es, daß die Einweisung in das Krankenhaus zur Feststellung der Unfallfolgen und nicht im Laufe eines Heilverfahrens erfolgt ist. Die Beklagte kann sich auch nicht darauf berufen, daß der Vertreter des Klägers die Röntgenaufnahmen gefordert habe. Dadurch durfte sie sich in ihrer Entschließung über das, was sie selbst für notwendig hielt, nicht beeinflussen lassen. Ordnete sie die weitere Beobachtung an und war sie mit der Untersuchung durch Röntgenstrahlen einverstanden, so war sie auch verpflichtet, den Kläger für gesundheitsschädliche Folgen dieser Untersuchung zu entschädigen. Ganz abwegig ist die Ansicht der Beklagten, daß sie für den durch die

Untersuchung entstandenen Schaden deshalb nicht verantwortlich sei, weil das Krankenhaus durch Versicherung gedeckt ist. („Kompaß.")

Abfindung eines Ausländers nach § 617 RVO. umfaßt auch die Krankenbehandlung.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 24. März 1920 (Amtl. Nachr. 1920 S. 347).

Das Wort „Abfindung" wird in Gesetz und Rechtsprechung in verschiedener Bedeutung gebraucht. Während in den §§ 616 ff. RVO. die Abfindung ein Recht des Verpflichteten zur nachträglichen Beseitigung seiner ursprünglichen Verbindlichkeit darstellt, geben z. B. die §§ 3 ff. des Reichshaftpflichtgesetzes vom 7. Juni 1871 dem Berechtigten von vornherein einen unter gewissen Voraussetzungen zu erfüllenden Alternativanspruch auf Abfindung. Schon hieraus folgt, daß es nicht angängig ist, aus dem bloßen Begriff der Abfindung Schlüsse auf die Bedeutung des Wortes in einer einzelnen gesetzlichen Bestimmung zu ziehen. Daher mußte auch im vorliegenden Falle für die Auslegung des § 617 ein anderer Weg gesucht werden.

Durch eine Abfindung nach § 617 RVO. soll es der Berufsgenossenschaft ermöglicht werden, ihre Beziehungen zu dem entschädigungsberechtigten Ausländer zu lösen, weil sein Aufenthalt im Ausland die Nachprüfung der für die Fortdauer seines Anspruchs erheblichen Tatsachen unverhältnismäßig erschwert. Das gilt besonders für die Ansprüche des Verletzten selbst. Seine ärztliche Nachuntersuchung sowie die richtige Bewertung der Gutachten ausländischer Ärzte wird häufig sehr schwierig, wenn nicht unmöglich sein. Darum soll sich die Berufsgenossenschaft durch die Abfindung von der Notwendigkeit einer weiteren Kontrolle befreien können. Dieser Zweck würde in Frage gestellt werden, wenn durch die Abfindung zwar die Rente, nicht aber zugleich der Anspruch auf Krankenbehandlung abgegolten würde. Denn auch die Entscheidung des Anspruchs auf Krankenbehandlung wird in vielen Fällen eine Nachprüfung des Körperzustandes des Verletzten erfordern. Schon im Hinblick hierauf muß angenommen werden, daß die Abfindung des Ausländers nicht nur den Anspruch auf Rente, sondern auch den auf Krankenbehandlung nach § 558 Nr. 1 RVO. umfassen soll. Dieses Ergebnis wird auch durch die Entstehungsgeschichte des § 617 RVO. gestützt. Die Abfindung des Ausländers war bereits im § 67 des Entwurfs eines Gesetzes über die Unfallversicherung der Arbeiter vom Jahre 1884 vorgesehen. Die Begründung zum Entwurfe der Reichstagsvorlage (S. 73) sprach allerdings nur davon, daß die Möglichkeit einer einmaligen Abfindung für die Rente beim Ausländer in Aussicht zu nehmen sei. Der Wortlaut des § 67 des Entwurfs selbst zwingt aber zu einer erweiterten Auslegung. Er bestimmt in seinem ersten Absatz, daß die Berechtigung zum Bezuge der Entschädigungsrente unter bestimmten Voraussetzungen ruhe, im zweiten Absatz aber gibt er der Berufsgenossenschaft die Befugnis, den berechtigten Ausländer für seinen Entschädigungsanspruch mit dem dreifachen Betrage der Jahresrente abzufinden. Es wurde hier also zwischen der Entschädigungsrente und dem Entschädigungsanspruch ausdrücklich unterschieden. Der Anspruch muß hierbei als der umfassendere Begriff gelten. Der erste Absatz des § 67 des Entwurfs ist gestrichen, der zweite Absatz dagegen in das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 (RGBl. S. 69) als § 67 aufgenommen worden. Auch nach seinem Wortlaut muß unter dem „Entschädigungsanspruch" jeder Anspruch verstanden werden, der nach den §§ 5 ff. des Gesetzes den Gegenstand der Versicherung bilden kann (zu vgl. auch Rekursentsch. 1198, Amtl. Nachr. 1892 S. 348). Für die Richtigkeit dieser Auffassung spricht insbesondere auch der Inhalt des § 39 des Gesetzes betreffend die Unfallversicherung der bei Bauten beschäftigten Personen vom 11. Juli 1887 (RGBl. S. 287) und des § 75 des Gesetzes betreffend die Unfallversicherung der Seeleute und anderer bei der Seeschiffahrt beteiligter Personen vom 13. Juli 1887 (RGBl. S. 329). Beide unterscheiden in ihren zwei Absätzen, wie der § 67 des eben besprochenen Entwurfs, zwischen dem Ruhen der Entschädigungsrente und der Abfindung für den Entschädigungsanspruch. Es ist auch hier nur möglich, unter dem Entschädigungsanspruche die Gesamtheit der Forderungsrechte des Abgefundenen zu verstehen. Die bisher besprochenen gesetzlichen Vorschriften sind später durch den § 95 des GewUnfVersGes., den § 37 des Bau-UnfVersGes. und den § 99 des See-UnfVersGes. vom 30. Juni 1900 ersetzt worden. Diese schreiben nur vor, daß der Entschädigungsberechtigte unter gewissen Voraussetzungen abgefunden werden könne, ohne klar zum Ausdruck zu bringen, worauf sich diese Abfindung erstrecken soll. Ebensowenig erklärt jetzt der § 617 RVO., wofür der Berechtigte abgefunden wird. Aus der Änderung des Wortlauts allein kann keinesfalls geschlossen werden, daß eine Änderung in bezug auf die Wirkung der Abfindung gegenüber den früheren Gesetzen beabsichtigt gewesen ist. Aus der Begründung und den Reichstagsverhandlungen zu den Gesetzen von 1900 und zur Reichsversicherungsordnung geht zwar hervor, daß man die Bestimmungen über die Abfindung in einzelnen Beziehungen hat ändern wollen, nirgends aber ist die Absicht zum Ausdruck gebracht worden, die Abfindung in ihrer materiellen Wirkung zu beschränken (zu vgl. Begr. zum Entw. eines Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, S. 98; Bericht der XXI. Kommission S. 96; Begr. zum Entw. einer RVO. S. 307; Bericht der

XVI. Kommission, 3. Teil, S. 90). Nach alledem nötigt die Entstehungsgeschichte zu dem Schluß, daß die Abfindung auch nach § 617 RVO. nicht nur den Anspruch auf Rente, sondern auch die sonstigen Entschädigungsansprüche des Abgefundenen umfassen soll.

Demgegenüber greift zunächst der Einwand, daß § 617 nur den Wert der Rente bei der Berechnung des Abfindungskapitals berücksichtigte, und daß deshalb auch nur die Rente abgegolten werde, nicht durch; dies um so weniger, als die gleiche Berechnungsart auch nach den Gesetzen vor 1900 vorzunehmen war, ohne daß dort, wie dargelegt, ein Zweifel daran aufkommen konnte, daß der gesamte Anspruch abgegolten werden sollte. Aber auch der § 1583 Abs. 2 RVO. steht der obigen Auslegung des § 617 nicht entgegen. Nach § 1583 Abs. 2 ist in dem Bescheide, der eine Kapitalabfindung feststellt, der Berechtigte darauf hinzuweisen, daß er nach der Abfindung keinen Anspruch auf Rente mehr habe, wenn sich die Unfallfolgen verschlimmern sollten. Diese Vorschrift ist rein formaler Natur. Sie bezweckt offenbar nur, jeden Irrtum des Verletzten darüber auszuschließen, daß er im Falle der Abfindung einen Anspruch auf Rente nicht mehr geltend machen kann, auch wenn später die Voraussetzungen des § 608 RVO. gegeben sind. Dem Gesetzgeber schien es von Wert, den Abzufindenden besonders darüber belehren zu lassen, daß sein Rentenanspruch mit der Abfindung ein für allemal erledigt sei. Aus der Vorschrift des § 1583 Abs. 2 kann aber auf den materiellen Umfang des Abfindungsbescheids nicht geschlossen werden.

Nach alledem war das Ergebnis gerechtfertigt, daß die Abfindung eines verletzten Ausländers nach § 617 RVO. nicht nur den Anspruch auf Unfallrente, sondern auch auf Krankenbehandlung nach § 558 Nr. 1 RVO. umfaßt.

Bei Streit über Sterbegeld ist Rekurs nach § 1700 Ziff. 6 RVO. unzulässig, auch wenn der Entschädigungsanspruch an sich streitig ist.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** (Großen Senats) v. 18. März 1920 (Amtl. Nachr. 1920 S. 344).

. . . Der Vierzehnte Rekurssenat wäre sowohl, wenn er den Rekurs für zulässig, als auch, wenn er ihn für unzulässig erklärt hätte, in einer grundsätzlichen Rechtsfrage von der Entscheidung eines anderen Senats abgewichen. Die Verweisung der Sache an den Großen Senat war daher nach § 1717 Abs. 1 RVO. geboten. In der Entscheidung der Frage selbst, die zur Verweisung Veranlassung gegeben hat, ist der Große Senat dem verweisenden Senat nicht beigetreten, sondern hat sich der Auffassung des Sechsten Rekurssenats angeschlossen und den Rekurs für unzulässig erklärt, obwohl über das Vorliegen des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und Tod und somit über den Anspruch auf Sterbegeld gestritten wird.

Maßgebend war hierbei zunächst die Entstehungsgeschichte des § 1700 Nr. 6 RVO. § 63 Abs. 1 Satz 2 UnfVersGes. vom 6. Juli 1884 (RGBl. S. 69) bestimmte, daß der Rekurs in den Fällen gegeben sei, in welchen gemäß § 57 Ziff. 2 des Gesetzes nicht der Sektionsvorstand, sondern der Genossenschaftsvorstand die Entschädigung festzusetzen habe. § 57 Ziff. 1c übertrug die Feststellung der Entschädigung, wenn es sich um den Ersatz der Beerdigungskosten handelte, dem Sektionsvorstande. Dazu gehörte unbestritten auch die Versagung der Beerdigungskosten (Handb. der Unfallvers. Bd. I Anm. 2 Abs. 2 zu § 69 S. 472). Dementsprechend ermächtigte § 69 Abs. 1 Ziff. 1c des GewUnfVersGes. vom 30. Juni 1900 den Sektionsvorstand zur Feststellung der Leistungen, wenn es sich um Sterbegeld handelte, und § 80 Abs. 1 Satz 1 dieses Gesetzes ließ den Rekurs nur in den Fällen zu, in welchen die Feststellung der Entschädigung nach § 69 Abs. 1 Ziff. 2 dem Genossenschaftsvorstande vorbehalten war. Angesichts der Fassung beider Gesetze hat bis zum Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung kein Zweifel darüber bestanden, daß der Rekurs in jedem Falle ausgeschlossen sei, wenn lediglich der Ersatz der Beerdigungskosten oder das Sterbegeld den Gegenstand des Streites bilde. Durch die Vorschriften der vorerwähnten Gesetze, die bestimmte Streitfälle von der Rekursfähigkeit ausschlossen, sollte das Reichsversicherungsamt von Sachen minderer Bedeutung entlastet werden. Letztere Absicht kam in erhöhtem Maße bei Schaffung der Reichsversicherungsordnung zur Geltung. Nach dem Entwurfe zur Reichsversicherungsordnung sollte sogar der Rekurs durch die Revision ersetzt werden. Durch die Beschlüsse der Reichstagskommission wurde zwar der Rekurs wieder eingeführt, aber zur Entlastung des Reichsversicherungsamts die Zulässigkeit des Rekurses erheblich eingeschränkt. Nach der Entstehungsgeschichte der Nr. 6 des § 1700 erscheint deshalb die Auffassung nicht begründet, daß die Reichsversicherungsordnung im Gegensatze zum früheren Rechte den Rekurs für die Fälle, in denen das Sterbegeld den Streitgegenstand bildet, unter Umständen zulasse.

Diese Ansicht wird auch durch den Wortlaut des Gesetzes gestützt. Nach § 1700 Nr. 6 ist der Rekurs ausgeschlossen, wenn es sich um „Sterbegeld" handelt. Der § 1695 Nr. 1 a. a. O. dagegen erklärt bei Ansprüchen auf Leistungen der Krankenversicherung die Revision für ausgeschlossen, wenn es sich um „die Höhe des Kranken-, Haus- oder Sterbegeldes" handelt. Das Gesetz unterscheidet also ausdrücklich

zwischen dem Streit „um das Sterbegeld" und dem „um die Höhe des Sterbegeldes". Daß es sich hier nicht um ein unbeabsichtigtes Abweichen im Ausdruck gehandelt hat, beweisen die Fassung des § 1652 des Entwurfs zur Reichsversicherungsordnung, die Kommissionsberatungen zu diesem Paragraphen und die endgültige Fassung des § 1695 der Reichsversicherungsordnung. § 1652 des Entwurfs erklärte die Revision bei Ansprüchen auf Leistungen der Krankenversicherung in bestimmten Fällen für ausgeschlossen, und zwar in seiner Nr. 2, wenn es sich um die Höhe des Kranken- oder Hausgeldes, und in Nr. 6, wenn es sich um Sterbegeld handele. Bei den Beratungen der Reichstagskommission ist aber ausgeführt worden, daß es nicht angehe, auf dem Gebiete der Krankenversicherung den Streit um das Sterbegeld schlechthin von der Revision auszuschließen, während nach Nr. 2 die Revision für Kranken- und Hausgeld, ebenfalls weniger wichtige Leistungen, bei einem Streit über den Anspruch selbst zugelassen werde. Mit Rücksicht hierauf wurde Nr. 6 gestrichen und Nr. 2 der Wortlaut („Höhe des Kranken-, Haus- und Sterbegeldes") gegeben, wie er im § 1695 Nr. 1 Gesetz geworden ist (Bericht der 16. Kommission, 6. Teil, S. 183 bis 185). Wenn also im § 1695 die geänderte Fassung in der bestimmten Absicht gewählt wurde, die Revision bei Sterbegeld nicht schlechthin, sondern nur beim Streit über seine Höhe auszuschließen, so unterstützt der Wortlaut des § 1700 Nr. 6, der die ursprüngliche Fassung des Entwurfs behielt, die Auffassung, daß der Rekurs auch dann ausgeschlossen werden sollte, wenn der Anspruch als solcher streitig ist.

Diese Rechtsauffassung steht mit den früheren grundsätzlichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts über die Zulässigkeit des Rekurses in den übrigen Fällen des § 1700 nicht in Widerspruch. Das Reichsversicherungsamt hat sich bereits in mehreren Entscheidungen über Fälle der Nr. 1, 2, 3 und 7 des § 1700 mit der Frage der Zulässigkeit des Rekurses bei Streit über das Bestehen des Anspruchs selbst befaßt. In der Rekursentsch. 2789 (Amtl. Nachr. 1915, S. 403) ist zunächst der Grundsatz aufgestellt worden, § 1700 Nr. 7 der Reichsversicherungsordnung setze voraus, daß der Rentenanspruch an sich unstreitig sei. In der Begründung der Entscheidung ist unter Hinweis auf Zweck und Entstehungsgeschichte der Vorschrift ausgeführt worden, daß zwar die Absicht bestanden habe, das Reichsversicherungsamt von allen „Streitfragen" minderer Bedeutung zu entlasten. Es sollte ihm aber nicht auch die Entscheidung in Fragen von wesentlicher Bedeutung genommen werden. Hiermit würde es nicht vereinbar sein, wenn man dem Reichsversicherungsamt auch die Entscheidung über das Bestehen des Rentenanspruchs selber entziehen wollte. Der für die Nr. 7 aufgestellte Grundsatz ist sodann übernommen für die Nr. 3 des § 1700 in einer grundsätzlichen Rekursentsch. des Vierzehnten Rekurssenats vom 24. Februar 1915 — Ia 11 191/13 (Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 7, S. 329) und für die Nr. 2 des § 1700 in der Rekursentsch. 2841 (Amtl. Nachr. 1915 S. 808). Beide Erkenntnisse schließen sich hinsichtlich der Begründung der Rekursentscheidung 2789 an.

Von dem vorstehend entwickelten Standpunkt des Großen Senats scheinen diese Entscheidungen insofern abzuweichen, als sie auch bei Streitgegenständen von geringerem Werte den Rekurs mit Rücksicht auf die Bedeutung der zu entscheidenden „Streitfrage" zulassen wollen. Man könnte hieraus folgern, daß der Große Senat, um zu dieser Rechtsprechung nicht in Gegensatz zu treten, vorliegend gleichförmig den Anspruch auf das Sterbegeld wegen der bedeutsamen, für das Sein oder Nichtsein des Anspruchs entscheidenden Streitfrage, ob Unfall und Tod ursächlich zusammenhängen, für rekursfähig hätte erklären müssen. Das wäre aber ein Trugschluß. Wenn in den erwähnten Entscheidungen von wichtigen „Streitfragen", die der Beurteilung des Reichsversicherungsamts nicht vorenthalten werden dürfen, die Rede ist, so ist dabei nicht allgemein an alle Fragen von besonderer Wichtigkeit oder Schwierigkeit, insbesondere rechtlicher Natur, gedacht worden (zu vgl. auch die Grundsätzl. Entsch. des Großen Senats 2930, Amtl. Nachr. 1917 S. 237). Unter welchen Voraussetzungen Streitfälle, die wegen ihrer geringeren Bedeutung nicht rekursfähig sind, ausnahmsweise an die höchste rechtsprechende Instanz zur Entscheidung herangezogen werden können, hat der Gesetzgeber im § 1693 RVO. erschöpfend geregelt. Diese Vorschrift ermöglicht es dem Oberversicherungsamte, nicht rekursfähige Ansprüche, bei denen es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt, an das Reichsversicherungsamt abzugeben. Eine Ausdehnung der Rekursfähigkeit im Wege der Rechtsprechung auf minder wichtige Ansprüche, bei welchen grundlegende oder rechtlich bedeutsame Streitfragen mitspielen, würde mit § 1693 nicht zu vereinbaren sein. Von einem derartigen Eingriff in das Gebiet des Gesetzgebers ist auch in den angeführten Entscheidungen des Reichsversicherungsamts nicht die Rede. Sie betreffen nämlich lediglich Fälle der Nr. 2, 3 und 7 des § 1700, in welchen es sich um Rentenansprüche handelt und wo die Entscheidung über die wegen ihrer Begrenzung an sich nicht rekursfähigen Ansprüche auf Rententeile über den Rahmen des schwebenden Rechtsstreits hinaus für den gesamten, möglicherweise noch in die Zukunft wirkenden und rekursfähigen Rentenanspruch Geltung erlangen kann. Entscheidungen der Berufungsinstanz, die nach Rechtskraft für andere Teile des Rentenanspruchs in späteren Verfahren maßgebende Bedeutung haben können, sollen nach dem Grundge-

danken dieser Entscheidungen das Rekursgericht nicht ohne weiteres binden dürfen und deshalb seiner Nachprüfung unterliegen. Die Möglichkeit einer solchen Wirkung über das laufende Verfahren hinaus besteht aber für eine in der Berufungsinstanz ergangene Entscheidung über das Sterbegeld nicht. Durch sie wird der Entscheidung über den Rentenanspruch der Hinterbliebenen (§ 586 Nr. 2 RVO.) nicht vorgegriffen. Sterbegeld und Hinterbliebenenrente stehen zueinander nicht in dem Verhältnis des Teils zum Ganzen, wie die in § 1700 Nr. 2, 3 und 7 erwähnten begrenzten Rentenansprüche zu dem gesamten Rentenanspruche des Verletzten, sind vielmehr ihrem Wesen nach voneinander völlig verschieden. Das Sterbegeld ist eine einmalige Leistung, aus der insbesondere die Kosten des Begräbnisses demjenigen ersetzt werden sollen, der es besorgt hat. Die Hinterbliebenenrente ist eine laufende Zahlung, durch welche die ihres Ernährers beraubten nächsten Anverwandten des Verstorbenen vor Not geschützt werden sollen. Für beide Ansprüche bestehen demgemäß verschiedene materiellrechtliche Voraussetzungen. Auch der Kreis der Bezugsberechtigten ist für beide Ansprüche verschieden. Für das Sterbegeld bestimmt er sich nach § 586 Nr. 1 in Verbindung mit § 203, für die Hinterbliebenenrente nach den §§ 586 ff. Daß beide Ansprüche unter Umständen in einer Person vereinigt sein können, ist hier ohne Bedeutung, weil gleichwohl dann begrifflich verschiedene Berechtigte vorhanden sind. Auch in einem solchen Falle kann eine rechtskräftige Entscheidung über das Bestehen oder Nichtbestehen des Anspruchs auf Sterbegeld nicht das Schicksal des Anspruchs auf Hinterbliebenenrente bestimmen.

Ebensowenig steht die vorstehende Rechtsauffassung des Großen Senats in Widerspruch mit den zu § 1700 Nr. 1 RVO. ergangenen Entscheidungen über die Frage, ob bei Streit über Krankenbehandlung oder Hauspflege der Rekurs auch dann unzulässig ist, wenn über den Anspruch an sich Streit besteht. Die Rekursentsch. 2932 (Amtl. Nachr. 1917 S. 241) hat diese Frage bejaht, eine spätere, nicht veröffentlichte Rekursentsch. vom 28. Mai 1919 (Pr. L. Ia 620/19) hat sie verneint. Zu dieser Abweichung in der Auffassung zweier Senate konnte vorliegend schon deshalb nicht Stellung genommen werden, weil für die Beantwortung der grundsätzlichen Rechtsfrage bei Nr. 1 des § 1700 andere Gesichtspunkte in Betracht kommen als bei Nr. 6 a. a. O.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Wiederaufleben der Anwartschaft (§ 1283 RVO.).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 17. Mai 1920 (2583 Amtl. Nachr. 1920 S. 336).

Die Rechtslage ist nach der Reichsversicherungsordnung zu beurteilen (zu vgl. Hanow-Lehmann, Anm. 10 zu § 1280 RVO.). Danach ist unstreitig, daß die Anwartschaft aus den Quittungskarten 1 bis 6 erloschen ist; denn für die aus Karte 6 sich ergebende Anwartschaftsfrist vom 1. September 1911 bis zum 1. September 1913 sind keine Beitragsmarken nachgewiesen (§ 1280). Es fragt sich, unter welchen Voraussetzungen die verlorene Anwartschaft wiederauflebt. § 1283 RVO. schreibt in Absatz 1 allgemein vor, daß die Anwartschaft wiederauflebt, wenn der Versicherte eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt oder durch freiwillige Beitragsleistung das Versicherungsverhältnis erneuert und danach eine Wartezeit von 200 Beitragswochen zurücklegt. Diese aus § 46 Abs. 4 InvVersGes. herübergenommene Vorschrift bildet die allgemeine Regel (zu vgl. Hanow-Lehmann, Anm. 3 zu § 1283 und Arbeiter-Versorgung 1915 S. 332). Demgegenüber enthalten die Absätze 2 und 3 des § 1283 Sondervorschriften für diejenigen, die das 60. oder das 40. Lebensjahr überschritten haben. Diese Vorschriften sind erst durch die Reichstagskommission eingefügt. Der Entwurf der Reichsversicherungsordnung wollte ein Wiederaufleben der Anwartschaft durch freiwillige Beitragsleistung schlechthin ausschließen. Die Anwartschaft sollte also nur durch Wiederaufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung wieder aufleben können. Die Reichstagskommission stellte den früheren Rechtszustand insoweit wieder her, als auch die Erneuerung des Versicherungsverhältnisses durch freiwillige Beitragsleistung an sich wieder zugelassen wurde, erschwerte aber durch die Absätze 2 und 3 die Erneuerung der Anwartschaft durch freiwillige Versicherung bei Versicherten, die das 60. oder 40. Lebensjahr vollendet hatten, bei ersteren auch die Erneuerung durch Pflichtversicherung (zu vgl. Begr. zu § 1269 des Entw. — § 1283 des Ges. — S. 394; Komm. Ber. IV S. 27 ff., 101 f.; Entsch. 1864, Amtl. Nachr. 1914 S. 560 ff., insbesondere S. 562).

Danach hat der Absatz 3 nur den Fall der Erneuerung des Versicherungsverhältnisses von mehr als 40 Jahre alten Versicherten durch freiwillige Beitragsleistung im Auge. Seine Anwendbarkeit ist also ausgeschlossen, wenn das Versicherungsverhältnis auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung erneuert wird. In diesem Falle lebt vielmehr die Anwartschaft gemäß § 1283 Abs. 1 nach Zurücklegung einer neuen Wartezeit von 200 Wochen wieder auf. Die zur Erfüllung der Wartezeit zu verwendenden 200 Beitragsmarken brauchen nicht

Pflichtmarken zu sein, es genügen auch freiwillige Beiträge, wenn nur nach Erlöschen der Anwartschaft zunächst Pflichtmarken verwendet worden sind. Nur soweit es auf die Zurücklegung einer Wartezeit von 200 Beitragswochen ankommt (§ 1278 Nr. 1 RVO.), müssen 100 Pflichtmarken, gleichgültig ob vor oder nach dem Erlöschen der Anwartschaft, verwendet sein (zu vgl. Hanow-Lehmann, a. a. O.; Arbeiter-Versorgung 1919 S. 315 und Versicherungsbote 1917 S. 51).

Der gegenteilige, von Weymann, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, Anm. 5 unter Nr. 3 zu § 1283 vertretene Standpunkt, der auch in einem Aufsatz in der Reichsversicherungspraxis 1915 S. 183 ff. geteilt wird, trifft nicht zu. Er übersieht, daß nach Wortlaut und Entstehungsgeschichte der Abs. 3 des § 1283 eine Erschwerung nur für diejenigen schaffen soll, die lediglich durch freiwillige Beitragsleistung das Versicherungsverhältnis erneuern. Werden für einen Versicherten, der das 40. Lebensjahr vollendet, aber die Voraussetzungen des § 1283 Abs. 3 nicht erfüllt hat, nach Erlöschen der Anwartschaft zunächst freiwillige oder später Pflichtbeiträge entrichtet, so könnte die neue Wartezeit des § 1283 Abs. 1 allerdings erst von der Entrichtung des ersten Pflichtbeitrags ab gerechnet werden.

Die Witwe N. hat im September 1916 im Lebensalter von 46 Jahren durch Wiederaufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung die Versicherung mit der Wirkung erneuert, daß die Anwartschaft nach Zurücklegung einer neuen Wartezeit von 200 Wochen wieder aufleben kann. Dieses Wiederaufleben würde bewirken, daß auch aus der früheren Versicherung sämtliche Rechte hergeleitet werden können, wie wenn die Anwartschaft nicht erloschen wäre. Da die Witwe N. vor dem Erlöschen der Anwartschaft 166 Pflichtmarken und nachher 70 verwendet hat, so hat sie schon jetzt dem Erfordernisse der Beibringung von 100 Pflichtbeiträgen (§ 1278) genügt. Wenn sie also die im § 1283 Abs. 1 vorgesehene Wartezeit von 200 Beitragswochen erfüllen wird, sei es daß sie weiter Pflichtmarken verwenden oder freiwillige Beiträge leisten wird, so wird sie beim Vorliegen der übrigen Voraussetzungen ein Anrecht auf die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung erwerben.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Antrag einer Vereinigung streikender Ärzte auf Erlaß einer einstweiligen Verfügung gegen eine Krankenkasse.

Beschluß des Landgerichts II in Berlin vom 12. Juli 1920.

Laut Vertrag vom 20. März 1919 haben die in der Gläubigerin (einem eingetragenen Verein) zusammengeschlossenen Ärzte sich zur kassenärztlichen Behandlung der Mitglieder der Schuldnerin (Landkrankenkasse) verpflichtet. Dieser Vertrag wurde von der Gläubigerin am 20. Mai d. J. fristlos gekündigt mit Rücksicht auf die einschneidende Änderung in der Reichsversicherungsgesetzgebung durch Erhöhung der Versicherungsgrenze. Die Schuldnerin (Kasse) hat gegen die Gläubigerin (Ärzteverein) Klage auf Unwirksamkeit der Kündigungserklärung und auf Feststellung der Schadenersatzpflicht erhoben. Sie hat auch in Tageszeitungen, an Litfaßsäulen und in ihrem Kassenlokal in öffentlichen Bekanntmachungen den Streit besprochen und dabei Ausdrücke gebraucht wie „Ärztestreik, Vertragsbruch, Ärzteorganisation, Kampf, der trotz Bereitwilligkeit der Kasse zu Verhandlungen ihr von der Ärzteschaft aufgezwungen sei". Gläubigerin (Ärzteverein) behauptet, sie sei nicht in den Streik getreten, sie behandle die Kassenmitglieder nach wie vor, nur nicht mehr als Kassenmitglieder, sondern als Privatpatienten. Schuldnerin (Kasse) habe im Schreiben vom 6. Mai d. J. jede Verhandlung schroff abgelehnt. Das Vorgehen der Schuldnerin sei geeignet, die Ärzte in ihrem Beruf und ihrer Ehre zu schädigen. Sie hat daher beantragt: im Wege der einstweiligen Verfügung anzuordnen: der Antragsgegnerin wird bei Vermeidung einer Geldstrafe von 1000 ℳ für jeden Fall der Zuwiderhandlung bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Rechtsstreits untersagt, in öffentlichen Bekanntmachungen oder in sonstigen Mitteilungen, die für einen größeren Kreis von Personen bestimmt sind, insbesondere in Inseraten in Zeitungen, in Anschlägen im Kassenlokal oder in öffentlichen Anschlägen an den Litfaßsäulen, die Behauptungen aufzustellen: . . . (wie oben); eventuell beantragt Gläubigerin, das Gericht wolle gemäß § 938 ZPO. die erforderlichen Anordnungen treffen. — Die Kasse hat Abweisung des Antrags verlangt, und das Landgericht hat in diesem Sinne entschieden aus folgenden Gründen:

Gläubigerin stützt ihren Anspruch auf § 823 BGB. in Verbindung mit §§ 185, 186 StrafGB. und § 824 BGB. Es ist demgemäß zu prüfen, ob die Schuldnerin in ihren Veröffentlichungen der Wahrheit zuwider Tatsachen behauptet und verbreitet hat, die geeignet waren, die in der kassenärztlichen Vertragsgemeinschaft zusammengeschlossenen Ärzte in der öffentlichen Meinung herabzuwürdigen oder Nachteile für deren Erwerb herbeizuführen, und ob die Gefahr besteht, daß sie diese Veröffentlichungen fortsetzt. In dieser Richtung beanstandet Gläubigerin folgende Wendungen in den Bekanntmachungen der Schuldnerin: 1. Der Kampf, in dem die Kasse mit der Ärzteschaft stünde, sei der Kasse von dieser aufgezwungen, sie habe sich der Gläubigerin vor Beginn des Ärztestreiks schriftlich zu Verhandlungen bereiterklärt, trotz dieser Bereitwilligkeit habe Gläubigerin die Fortsetzung der Verhandlungen abgelehnt. 2. Die Ärzte des Südwestverbandes seien in den Streik getreten. 3. Die Ärzteorganisation des Südwestverbandes sei vertragsbrüchig geworden.

Was den ersten Vorwurf anlangt, so hat Schuldnerin auf Androhung der Kündigung seitens der Gläubigerin hin in dem Schreiben vom 6. Mai zwar die Verhandlungen über Abschluß eines neuen Vertrages in Gemeinschaft mit der Vertretung des Groß-Berliner Ärztebundes abgelehnt, da sie sich noch im Besitz eines bis zum 31. Dezember 1920 laufenden Vertrages befinde. Anderseits hat sie sich bereit erklärt, in eine Nachprüfung der Honorarsätze einzutreten, sobald die übrigen Groß-Berliner Krankenkassen damit vorangegangen seien und die Honorarerhöhung sich mit ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit vereinbaren lasse. Weder diese Worte noch der übrige sie begründende Inhalt des Schreibens enthalten eine schroffe Ablehnung der Forderungen der Gläubigerin. Indem Schuldnerin in eine Nachprüfung der Honorarbezüge einzutreten verspricht, gibt sie zu erkennen, daß sie weiterverhandeln will. Wenn sie daher in den Bekanntmachungen aufstellt, sie habe sich zu Verhandlungen bereit erklärt, behauptet sie damit nichts Unwahres, ebensowenig wenn sie aufstellt, daß trotz dieser Bereitwilligkeit Gläubigerin diese Fortsetzung der Verhandlungen ablehnt und der Schuldnerin damit den Kampf aufgezwungen habe, denn die Gläubigerin hat auf das Schreiben vom 6. Mai, ohne auf dieses irgendwie einzugehen, am 20. Mai zum 25. Mai gekündigt und damit den Streik zum Ausbruch gebracht.

Gläubigerin kann sich auch nicht beschweren, wenn ihr Verhalten als „Streik" aufgefaßt wird. Schon die Kündigung zum 25. Mai, mittags 12 Uhr, zeigt die äußere Form des Streiks. Tatsächlich behandelt die Gläubigerin die Kassenpatienten auch nicht mehr als Kassenmitglieder, sondern als Privatpatienten, soweit sie willens und in der Lage sind, sich zu den allgemeinen Honorarsätzen behandeln zu lassen, und zwar macht Gläubigerin dabei keinen Unterschied zwischen den bisherigen Mitgliedern der Kasse und denjenigen, die infolge der Erhöhung der Versicherungsgrenze hinzugekommen sind. Der Schuldnerin gegenüber haben jedenfalls die Ärzte einseitig ihre Tätigkeit eingestellt, und zwar gemeinschaftlich, ohne eine Entscheidung über die Zulässigkeit der sofortigen Kündigung abzuwarten. Das ist aber Streik, wobei hervorzuheben ist, daß eine derartige Bewegung keine herabwürdigende Bedeutung zu haben braucht, sofern sie eben berechtigt ist. Insoweit kann davon nicht die Rede sein, daß die Schuldnerin unwahre Tatsachen behauptet hat.

Anders steht es mit der Behauptung, die Ärzteorganisation sei vertragsbrüchig geworden. Bis heute ist der Beweis für die Richtigkeit dieser Behauptung nicht erbracht. Sie ist auch zweifellos geeignet, die Ärzteschaft in der öffentlichen Meinung herabzuwürdigen. Es ist aber anderseits der Schuldnerin zu glauben, daß sie von der Begründetheit ihres Rechtsstandpunktes überzeugt ist und daß sie in Wahrnehmung berechtigter Interessen gehandelt hat (§ 193 StrafGB., § 242 BGB.).

Hierauf kann sie sich nur insoweit berufen, als ihr Interesse sich bei billiger Beurteilung der konkreten Sachlage als ein gerechtfertigtes darstellt; es ist aber gerechtfertigt lediglich ihren Mitgliedern gegenüber, nicht aber der Allgemeinheit gegenüber, insbesondere wenn die Verbreitung in Tagesblättern und durch Anschläge an Litfaßsäulen erfolgt; in dieser Form kann sie nur den Zweck haben, Sensation zu erregen.

Nachdem Schuldnerin erklärt habe, daß sie die Bekanntmachung nur noch im Kassenlokal aushängen, von einer weiteren Veröffentlichung aber absehen will, entfällt der Grund zum Erlaß einer einstweiligen Verfügung. Der Antrag ist daher als unbegründet abzuweisen, unter Kostenfolge nach § 91 ZPO.

Sprechsaal.

Anregungen aus der Praxis der Wochenhilfe und Wochenfürsorge.

Die nach § 195a RVO. anspruchsberechtigten Wöchnerinnen haben neben dem einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung bei regelwidrigem Verlauf der Entbindung oder des Wochenbettes auch dann Anspruch auf Krankenpflege, wenn die Kasse Sachleistungen nach § 195c nicht gewährt. Das gleiche gilt für die in § 205a bezeichneten Wöchnerinnen, wenn die Satzung der Kasse Krankenpflege nach § 205b Ziff. 1 vorsieht. Die Beschlüsse nach § 195c werden sich mit Rücksicht auf die Forderungen der Hebammen, welche 50 bis 100 *M* für eine Entbindung fordern, leider kaum länger aufrechterhalten lassen. Eine entsprechende allgemeine Regelung wäre im Interesse der Wöchnerinnen zu wünschen. Um eine unmittelbare Begleichung ihrer Kosten zu erreichen, lassen sich die Hebammen den Anspruch der Wöchnerin auf den Entbindungskostenzuschuß und die Schwangerenbeihilfe schriftlich abtreten und legen die Abtretungserklärung der Kasse vor. Wenn auch eine Verpflichtung zur Berücksichtigung dieser Abtretung im Hinblick auf § 119 RVO. nicht besteht, wird die unmittelbare Kostenbegleichung dennoch zu empfehlen sein, wenn die Wöchnerin nicht hiergegen Erinnerungen erhebt.

Daß die Gewährung von Sachleistungen nach § 195c im Interesse der Gesundheit von Mutter und Kind gelegen ist, steht unzweifelhaft fest. Wenn die Kassen ohne Rücksicht auf die oben angedeuteten Schwierigkeiten auch jetzt noch ihre diesbezüglichen Beschlüsse aufrechterhalten, so ist dies nur zu begrüßen. Jedenfalls aber wird zu erwägen sein, ob in diesem Falle Kassenmittel auch für die der Versicherung meist ferne stehenden minderbemittelten

Wöchnerinnen aufgewendet oder ob die Barleistungen gewährt werden sollen. Eine Härte für die Krankenkassen bildet die Vorschrift des § 197 insoweit, als für die Aufwendungen für Hebammendienste und ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden nur ein Betrag von 25 ℳ in Ansatz zu bringen ist. Hierdurch wird im Zusammenhang mit § 20 des Gesetzes vom 26. September 1919 erreicht, daß die Kassen u. U. auch bei der Wochenfürsorge nicht ihre vollen Aufwendungen ersetzt erhalten.

Im Hinblick auf § 205a Abs. 5 wird sich für Grenzbezirke die Einfügung einer Satzungsbestimmung notwendig erweisen, wonach „von der Voraussetzung des Abs. 1 Nr. 1 abzusehen ist, wenn die Versicherten während ihrer Kassenzugehörigkeit innerhalb des Kassenbereiches im Ausland wohnen oder sich mit Zustimmung des Vorstandes ins Ausland begeben und innerhalb des Kassenbereiches ihren Wohnsitz nehmen". Eine ähnliche Bestimmung empfiehlt sich übrigens auch bei den den §§ 214 und 313 RVO. entsprechenden Satzungsbestimmungen. Bedauerlich ist, daß in § 17 des bezeichneten Gesetzes nicht ebenfalls eine entsprechende Bestimmung aufgenommen ist und damit den besonders in Grenzbezirken zahlreichen deutschen Wöchnerinnen, welche minderbemittelt sind, aber aus irgendwelchen Gründen ihren gewöhnlichen Aufenthalt nicht im Inlande haben, ein Anspruch auf Wochenfürsorge eingeräumt wird, wenn beispielsweise die Wartezeit nach § 195a oder 205a nicht erfüllt ist und ein Anspruch auf Wochenhilfe nicht besteht. Eine entsprechende Änderung oder Ergänzung der Bestimmungen wäre zu wünschen. K. P.

Führung des Krankenbuches in Kartenform.

In Heft 9 S. 175 und 18 S. 355 der „Arbeiterversorgung" 1920 wird die Führung des **Krankenbuches** in Kartenform behandelt. Dazu möchte ich ergänzend folgendes ausführen:

Wie bei allen anderen Fragen der praktischen Geschäftsführung, können auch bei Einrichtung des Krankenbuches nur praktische Gesichtspunkte in Frage kommen, und nur aus diesen Erwägungen heraus dürfte die Verordnung vom 9. 10. 13 (Arb.-Vers. S. 750) die Führung des Krankenbuches in Kartenform vorgesehen haben (§ 1 Abs. 2). Näheres über die Ausgestaltung dieser Einrichtung ist in der Verordnung nicht enthalten, so daß daraus für die Praxis größte Bewegungsfreiheit gefolgert werden kann.

Dafür bestimmte Richtlinien aufzustellen, war damals auch gar nicht möglich, da es sich hier um ein noch vollkommen unerforschtes Gebiet handelte. Infolgedessen erscheint mir das ängstliche Suchen nach der richtigen Form in Anlehnung an vermeintliche gesetzliche Bestimmungen übertrieben und nicht im Sinne der Verordnung zu sein. Denn solange eine Einrichtung der Praxis überlassen bleibt, muß sich diese über etwaige Bestimmungen hinwegsetzen können, wenn etwas wirklich Brauchbares und Zweckentsprechendes geschaffen werden soll. Erst durch die dabei gesammelten Erfahrungen können bestimmte Grundsätze aufgestellt und entsprechende Verordnungen erlassen werden. Dazu ist es bisher allerdings nicht gekommen; für eine allgemeine Einführung dürfte sich aber auch das bei den meisten Kassen im Gebrauch befindliche Kartensystem wenig eignen. Insbesondere sind es folgende Nachteile, die dem System anhaften: 1. fast unerschwingliche Kosten infolge der dazu erforderlichen besonderen Kastenschränke, 2. kann der den einzelnen Krankheitsfall betreffende Schriftwechsel, dessen Trennung von der Karte oft unratsam ist, nicht gut untergebracht werden (das Anheften mittels Briefklammer ist sehr störend und unvollkommen).

Diese Nachteile fallen fort, wenn an Stelle der Karten Blätter (am zweckmäßigsten Foliogröße) verwandt werden, deren Unterbringung ohne nennenswerte Kosten in Sönneckenmappen erfolgt. Diese Form kommt dem eigentlichen Krankenbuch am nächsten, da die einzelnen Mappen als Bücher angesprochen werden können, und an Beweglichkeit steht sie dem Kartensystem nicht nach, da die Blätter nach Belieben entfernt werden können. Dadurch, daß die Blätter in Mappen zusammengefaßt sind, ist ein Verlust weniger zu befürchten als beim Kartensystem, und der dazugehörige Schriftwechsel kann unmittelbar hinter dem Krankenbuchblatt aufbewahrt werden. Der Preisunterschied gegenüber dem Kartensystem ermöglicht ferner, das Blattsystem auch bei kleinen Kassen ohne Bedenken einzuführen.

Sodann ist in den oben erwähnten Artikeln von einem Register zu diesem Krankenbuch die Rede. Auch dieses kann ohne großen Aufwand einer besseren Verwendung zugeführt werden, als es jetzt der Fall ist. Ohne ein Register kann man bei den „Lose-Blätter-Systemen" nicht gut auskommen, da beim Verlegen eines Blattes jeder Anhaltspunkt für den betreffenden Krankheitsfall fehlen würde. Wenn man nun diesem Register gleich die für die Statistik erforderlichen Spalten hinzufügt, dann hat man zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen: das auf den ersten Blick überflüssige Register zum Krankenbuch ist gleichzeitig Statistik der Krankheitsfälle. Dieses Zusammenfassen hat dazu noch den Vorteil, daß kein Krankheitsfall der statistischen Verarbeitung entgeht.

Schließlich wäre in diesem Zusammenhange noch die Personalkarte zu streifen. Eine Vereinigung derselben mit dem Krankenbuchblatt kann nicht empfohlen werden, da dieses Verfahren — abgesehen von der Unübersichtlichkeit — auf Vollständigkeit keinen Anspruch erheben kann. Dagegen muß die Personalkarte so ausgestaltet sein, daß sie sämtliche Leistungen an Mitglieder kontrolliert. Für die Aufnahme der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheiten genügt die Nummer des Krankenbuchblattes. Empfehlenswert ist es jedoch, auch die Krankheitsdauer und die Art der Erkrankung zu vermerken, da diese Angaben zu oft gebraucht werden. Ferner muß die Personalkarte übersichtlich geordnete Spalten für sämtliche Einzelleistungen, einschließlich der ausgestellten Krankenscheine enthalten.

Ein nach diesen Gesichtspunkten eingerichtetes Krankenbuch (in Verbindung mit Personalkarte und Statistik) enthält alle für eine praktische Geschäftsführung erforderlichen Voraussetzungen und dürfte daher für die Einführung durchaus geeignet sein.

Friedr. **Schönwald** in Düsseldorf.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der „Arbeiterschutz".

Zeitschrift für soziale Gesetzgebung, Organ der Reichskommission der Krankenkassen Österreichs, teilt in seiner Nr. 30 vom 1. 6. 20 mit, daß sich die Reichskommission unter dem Zwange der Verhältnisse durch einstimmigen Beschluß entschlossen hat, vorläufig das Blatt nicht mehr regelmäßig (dreimal im Monat), sondern zwanglos, nur nach Bedarf, erscheinen zu lassen, nämlich dann, wenn wichtige gesetzliche Maßnahmen oder verwaltungstechnische Fragen dies erfordern. Den unmittelbaren Anlaß zu dem Beschlusse gab eine Mitteilung der Druckerei über die Notwendigkeit einer abermaligen Erhöhung der Herstellungskosten, wodurch diese sich auf über 1900 % des Friedenspreises stellen würden. Unter solchen Umständen kann für den jährlichen Bezugspreis von 40 Kr. das Blatt zur Not im Umfang von vier Seiten in unbestimmten Zwischenräumen geliefert werden. Herausgeber und Schriftleiter werden aber bemüht sein, sobald wie möglich den „Arbeiterschutz" im früheren Umfang wiederherzustellen. Bis dahin werden die Krankenkassen Deutsch-Österreichs kein regelmäßig erscheinendes Zeitungsorgan haben. Die Mitteilung schließt mit folgenden Worten: „Nach 31 Jahren ehrlicher und allseitig anerkannter Arbeit in der Sozialversicherung sind wir unter dem Drucke der würgenden Teuerung gezwungen, ein sozialpolitisch in Österreich so notwendiges Blatt, wie der ›Arbeiterschutz‹ zweifellos es ist, fast gänzlich zum Schweigen zu bringen. Wir verdanken die entsetzliche Teuerung den Staatsmännern von Versailles, die uns eine ›Selbständigkeit‹ auferlegt haben, unter der wir keuchend zusammenbrechen. Sehnsuchtsvoll erwarten wir die Befreiung aus dieser Selbständigkeit und den baldigen Anschluß an das Deutsche Reich."

Wir bedauern aufrichtig die empfindliche Beschränkung, welche die um die Entwicklung des Sozialrechts in Österreich hochverdienten Herren Schriftleiter Jakob Brod und Herausgeber Laurenz Widholz hiernach sich selbst und ihrem Leserkreise, vornehmlich den Krankenkassen auferlegen müssen. Wie der „Arbeiterschutz" mit Verständnis und Aufmerksamkeit den Bestrebungen und Kämpfen, der Gesetzgebung und der Rechtsprechung auf dem Gebiete des Sozialrechts in Deutschland von jeher gefolgt ist, so haben wir reges Interesse an den entsprechenden Vorgängen in Österreich genommen und manche wertvolle Anregung aus dem „Arbeiterschutz" geschöpft. Wir wünschen und hoffen, daß es ihm in nicht allzu langer Zeit möglich sein werde, wieder im früheren Umfange zu erscheinen.

Arbeitslosenversicherung in Österreich.

Auf diesem Gebiet schreitet das zerschlagene deutsche Nachbarland den Völkern Europas voran. Über die nunmehr durchgeführte gesetzliche Regelung entnehmen wir dem Wiener „Arbeiterschutz" auszugsweise folgendes:

„Durch das Gesetz vom 24. März 1920 (St.-G.-Bl. Nr. 153) ist die Arbeitslosenversicherung in Deutschösterreich obligatorisch für alle gewerblichen Arbeiter eingeführt worden. Damit hat die Regierung eine Frage gelöst, die seit mehr als einem Jahrhundert die kapitalistischen Staaten beschäftigt, ohne daß sie es gewagt hätten, einen gleichen Schritt zu tun. Die Arbeitslosigkeit wurde als ein unvermeidliches Übel angesehen, dessen Beseitigung über die Kraft der Gesellschaft geht. Die einen rieten den Arbeitslosen, irgendwohin zu verschwinden (Malthus), die anderen rieten die ›Selbsthilfe‹ an. Dieser letztere Rat wurde von einzelnen Staaten insofern befolgt, als sie das sogenannte Genter System förderten. Dieses System besteht bekanntlich darin, daß den Vereinen oder Gewerkschaften, die ihren arbeitslosen Mitgliedern irgendwelche Unterstützung gewähren, von der Regierung, zum Teil auch von den Gemeinden ein Zuschuß geleistet wird, zumeist von 50 vom Hundert der geleisteten Unterstützung. Das Genter System wurde in einer Reihe von Staaten eingeführt, hat sich aber nirgends bewährt, weil es auf der Freiwilligkeit der Versicherung beruht. Gesetzlich wurde vor dem Kriege die Arbeitslosenversicherung nur in England eingeführt, und zwar durch das Gesetz vom 16. Dezember 1911. Aber auch hier blieb die Versicherung beschränkt auf das Baugewerbe, den Schiffs-, Maschinen- und Wagenbau, ferner auf die Herstellung von Waffen, die Eisengießerei und die Sägemüllerei. Wie verlautet, soll die Wirksamkeit des Gesetzes auf alle gewerblichen Arbeiter ausgedehnt werden. Auch in Deutschland ist ein solches Gesetz in Vorbereitung.

Österreich kann somit als der erste Staat betrachtet werden, der die Arbeitslosenversicherung obligatorisch eingeführt hat. Das Gesetz weicht in seiner Fassung von allen bisherigen Versicherungsgesetzen grundsätzlich ab.

Bisher war es Regel, daß die Versicherten zuerst eine bestimmte Zeit — meist fünf bis zehn Jahre — Beiträge leisten mußten, um Anspruch auf eine Unterstützung zu erwerben. Das neue Gesetz gewährt den Versicherten die Unterstützung nach einer Wartefrist von zwölf Monaten sofort und hebt die Beiträge durch ein Umlageverfahren mit Hilfe der Krankenkassen nachträglich ein. Innerhalb zwölf aufeinanderfolgender Monate ist die Arbeitslosenunterstützung durch höchstens zwölf Wochen zu gewähren. Der Anspruch auf die Arbeitslosenunterstützung wird den beschäftigungslosen Arbeitern und Angestellten des Gewerbes, der Industrie, des Handels und des Bergbaues gewährt; die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter sind in die Versicherung nicht einbezogen, da die Arbeitslosigkeit bei ihnen eine vorübergehende und ausnahmsweise Erscheinung ist. Vom 1. Juli 1921 an kommt das Gesetz auch Ausländern zugute, bis dahin werden sie in die Arbeitslosenunterstützung nach Maßgabe der mit ihrem Heimatsstaate getroffenen Vereinbarungen einbezogen.

Die Arbeitslosenunterstützung beträgt für Arbeiter, die für eine Familie zu sorgen haben, durch zwölf Wochen 80 Prozent, für alleinstehende Arbeiter, die nur für sich zu sorgen haben, 60 Prozent des Krankengeldes. Für die Dauer der durch den Krieg verursachten Störungen des Wirtschaftslebens beträgt nach einer Vollzugsanweisung vom 29. März 1920 die Arbeitslosenunterstützung für die zuerst genannten Arbeiter soviel wie das Krankengeld und für die zuletzt Genannten 75 Prozent des Krankengeldes. Die Unterstützung richtet sich nämlich nach dem Krankengeld, auf das der Versicherte im Erkrankungsfalle Anspruch hat. Nachstehende Tabelle zeigt an, wie hoch die Arbeitslosenunterstützung in den verschiedenen Fällen ist.

Lohnklasse	Durchschnittlicher täglicher Arbeitsverdienst		Unterstützungssatz in Prozenten des täglichen Krankengeldes							
			während der Übergangsbestimmungen für				nach Außerkrafttreten der Übergangsbestimmungen für			
			Familienerhalter		Ledige		Familienerhalter		Ledige	
			100 Prozent		75 Prozent		80 Prozent		60 Prozent	
	K	h	K	h	K	h	K	h	K	h
1	1	—	1	20	—	90	—	96	—	72
2	1	50	1	20	—	90	—	96	—	72
3	2	—	1	20	—	90	—	96	—	72
4	2	50	1	50	1	13	1	20	—	90
5	3	—	1	80	1	35	1	44	1	08
6	3	50	2	10	1	58	1	68	1	26
7	4	12	2	50	1	88	2	—	1	50
8	5	—	3	—	2	25	2	40	1	80
9	6	—	3	60	2	70	2	88	2	16
10	7	—	4	20	3	15	3	76	2	52
11	8	30	5	—	3	75	4	—	3	—
12	10	50	6	30	4	73	5	04	3	78
13	13	30	8	—	6	—	6	40	4	80
14	16	60	10	—	7	50	8	—	6	—
15	20	—	12	—	9	—	9	60	7	20

Handelt es sich um einen Angestellten, der nicht krankenversicherungspflichtig, wohl aber pensionsversicherungspflichtig ist, so sind seine letzten Bezüge zu ermitteln. Auf Grund dieser Ermittlung wird der Angestellte dann in die betreffende Lohnklasse eingeteilt und danach die Arbeitslosenunterstützung bemessen.

Die Einhebung der Beiträge erfolgt, wie schon angedeutet, durch die Krankenkassen oder auch durch die Pensionsversicherungsanstalt für Angestellte. Da sich der Kreis der anspruchsberechtigten Personen mit jenem deckt, der in die Sozialversicherung einbezogen ist, so wird den Versicherungsanstalten, hauptsächlich den Krankenkassen, die Aufgabe zugewiesen, die »Refundierungssumme« im folgenden Verwaltungsjahr durch Zuschlag zu den Beiträgen der Kranken- oder Pensionsversicherung einzuheben. Die Beiträge werden zu je einem Drittel vom Staate, den Unternehmern und Arbeitern gezahlt. Die Krankenkassen werden demnach zwei Drittel der Beiträge einzuheben haben. Damit wird erreicht, daß kein besonderer Verwaltungsapparat zu diesem Zwecke aufgestellt zu werden braucht, was eine große Ersparnis bedeutet. Die Krankenkassen haben ein geschultes Personal, das durch langjährige Übung die Einhebung von Beiträgen vollkommen beherrscht, sie werden die Einhebung der Beiträge für die Arbeitslosenversicherung mit weniger Mühe besorgen, als wenn ein neuer Beamtenapparat mit der Aufgabe betraut werden würde.

Auch zur Auszahlung der Unterstützungen ist kein neuer Verwaltungsapparat erforderlich, da die Arbeitslosenämter, die meist mit den Arbeitsvermittlungsstellen der Gewerkschaftsverbände identisch sind, ihre Funktionen der Arbeitslosenfürsorge weiter ausüben. Sie haben sich bisher vortrefflich bewährt und die bei ihrer Errichtung gehegten Erwartungen vollkommen gerechtfertigt. . . ."

Nachstehend teilen wir die Vorschriften über die Voraussetzungen des Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung im Wortlaut mit:

§ 1. Der Anspruch auf Unterstützung im Falle der Arbeitslosigkeit steht nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes dem Arbeiter oder Angestellten österreichischer Staatsangehörigkeit zu, der

a) während der letzten zwölf Monate vor Geltendmachung des Anspruchs (§ 11) im Gebiete der Republik Österreich durch insgesamt wenigstens 20 Wochen in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis stand, das gemäß § 1 des Gesetzes vom 30. März 1888, R.-G.-Bl. Nr. 33, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, oder gemäß dem Gesetz vom 28. Juli 1889, R.-G.-Bl. Nr. 127, betreffend die Regelung der Verhältnisse der Bruderladen, der Krankenversicherungspflicht oder nach den Bestimmungen der Kaiserlichen Verordnung vom 25. Juni 1914, R.-G.-Bl. Nr. 138, über die Pensionsversicherung von Angestellten dieser Versicherungspflicht unterliegt;

b) arbeitsfähig ist, jedoch keine entsprechende Beschäftigung (§ 6) finden kann.

Vom 1. Juli 1921 angefangen finden die Bestimmungen dieses Gesetzes auch auf Ausländer Anwendung. Bis zu diesem Zeitpunkt werden sie in die Arbeitslosenunterstützung nach Maßgabe der mit ihrem Heimatstaat getroffenen Vereinbarungen einbezogen.

§ 2. Der Anspruch auf die Arbeitslosenunterstützung entsteht am achten Tage nach dem Beginn der Arbeitslosigkeit.

Innerhalb zwölf aufeinanderfolgender Monate ist die Arbeitslosenunterstützung durch höchstens zwölf Wochen zu gewähren.

§ 3. Insolange der Arbeitslose im Genuß eines Bezuges aus der gesetzlichen Krankenversicherung steht, hat er keinen Anspruch auf die Arbeitslosenunterstützung.

Andere Bezüge aus öffentlichen Mitteln vermindern um die Hälfte ihres Betrages das Ausmaß der Unterstützung.

Eine bei Lösung des Arbeits- oder Dienstverhältnisses gewährte Abfertigung schließt für jenen Zeitraum, dem sie mit Rücksicht auf das vereinbarte Entzeit entspricht, den Anspruch auf die Unterstützung aus.

§ 4. Ist die Arbeitslosigkeit die Folge eines durch Arbeitseinstellung oder Aussperrung verursachten Betriebsstillstandes, so steht während dessen Dauer dem Arbeitslosen ein Anspruch auf die Unterstützung nicht zu.

§ 5. Wurde der Arbeitslose aus dem letzten Arbeits- oder Dienstverhältnis infolge eigenen Verschuldens entlassen oder hat der Arbeitslose das letzte Arbeits- oder Dienstverhältnis freiwillig ohne triftigen Grund gelöst, so hat er während vier Wochen, gerechnet vom Tage der Entlassung oder des Austritts, keinen Anspruch auf die Arbeitslosenunterstützung.

Weigert sich der Arbeitslose, eine ihm durch das Arbeitslosenamt zugewiesene entsprechende Beschäftigung (§ 6) anzunehmen, so verliert er den Anspruch auf die Unterstützung für acht Wochen. Verweigert er eine ärztliche Untersuchung zur Feststellung seiner Arbeitsfähigkeit, so verliert er den Anspruch auf die Unterstützung für die Dauer seiner Weigerung.

Wer die Einrichtungen der Arbeitslosenunterstützung mißbraucht, verwirkt, abgesehen von der im § 35 Abs. 1 angedrohten Strafe, den Anspruch auf die Unterstützung für zwölf Wochen, gerechnet vom Tage der Feststellung des Mißbrauches. In Fällen besonders schweren oder wiederholten Mißbrauches hat das Arbeitslosenamt den Verlust des Anspruches für längere Zeit oder für immer zu verhängen.

§ 6. Der Arbeitslose ist verpflichtet, eine ihm durch das Arbeitslosenamt zugewiesene entsprechende Beschäftigung anzunehmen.

Als entsprechend ist jede Beschäftigung anzusehen,

die den körperlichen Fähigkeiten des Arbeitslosen angemessen ist, seine Gesundheit und Sittlichkeit nicht gefährdet, angemessen entlohnt ist und dem Arbeitslosen eine künftige Verwendung in dem erlernten Beruf nicht wesentlich erschwert.

Ist ein Arbeitsloser durch acht Wochen ohne Unterbrechung im Genuß der Unterstützung gestanden, und ist keine Aussicht vorhanden, daß er in absehbarer Zeit in dem erlernten Beruf eine Beschäftigung findet, so gilt eine ihm zugewiesene Beschäftigung dann als entsprechend, wenn sie seinen körperlichen Fähigkeiten angemessen ist, seine Gesundheit und Sittlichkeit nicht gefährdet und angemessen entlohnt ist. Nimmt der Arbeitslose eine Beschäftigung dieser Art unter diesen Umständen an, so hat ihm das Arbeitslosenamt über Verlangen eine Bestätigung darüber auszustellen, daß die Beschäftigung seinem erlernten Beruf nicht entspricht.

Der Arbeitslose ist verpflichtet, eine ihm außerhalb seines bisherigen Arbeits- oder Aufenthaltsortes zugewiesene entsprechende Beschäftigung anzunehmen, sofern in seinem künftigen Arbeitsort eine angemessene Unterkunft und Ernährung möglich ist und die Versorgung der Familienmitglieder, zu deren Erhaltung er verpflichtet ist, durch die Annahme der Arbeit nicht gefährdet wird.

§ 7. Ergibt sich, daß einem Arbeitslosen eine entsprechende Beschäftigung deshalb nicht vermittelt werden kann, weil ihm die zur Ausübung des erlernten oder eines anderen entsprechenden Berufes erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten mangeln, so kann ihn das Arbeitslosenamt mit Zustimmung der Industriellen Bezirkskommission einer Fachschule, einem geeigneten Betriebe oder einer sonst geeigneten Einrichtung zur Nachschulung zuweisen und ihm die Arbeitslosenunterstützung bis zur Höchstdauer von zwölf Wochen gewähren.

Weigert sich der Arbeitslose, diesem Auftrag zu entsprechen oder vereitelt er durch sein Verschulden dessen Erfolg, so kann er während der folgenden zwölf Wochen den Anspruch auf Unterstützung nicht geltend machen.

§ 8. Wird dem Arbeitslosen eine entsprechende Beschäftigung in einem Betriebe zugewiesen, der von Arbeitseinstellung oder Aussperrung betroffen ist, so kann er ihre Annahme ablehnen.

Schrifttum.

Seelmanns Sammlung von Einzeldarstellungen des Reichsversicherungsrechts. Verlag von Stephan Geibel, Altenburg, S.-A., 1920.

Von dieser oft besprochenen Sammlung — zu vgl. zuletzt ArbVers. 1919 S. 578 und 1920 S. 197 — enthielten die Hefte 5, 6 und 11 die Kriegsgesetze und -verordnungen aus dem Gebiete der Reichsversicherung. Das vorliegende „Vierte Heft mit Kriegsgesetzen und Kriegsverordnungen" aus diesem Gebiete (Heft 15 der ganzen Sammlung; Preis 3 *M*) trägt die seither weiter ergangenen Gesetze, Verordnungen und Ministerialerlasse nach, bringt außerdem ein gemeinsames Wortverzeichnis zu den Heften 5, 6, 11, 15, also zu allen jenen Kriegsgesetzen usw., und wird daher den Besitzern dieser Hefte willkommen sein.

Die Preußische Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte. Von Dr. A. Förster, Wirkl. Geh. Rat. Siebente vermehrte Auflage, herausgegeben von Prof. Dr. E. Dietrich, Wirkl. Geh. ObMedRat. Berlin 1920 bei Richard Schoetz. 162 Seiten. Preis 9,50 *M*.

Obwohl der Erlaß einer neuen Gebührenordnung für Preußen bereits in Angriff genommen ist, hat sich der Verlag, im Hinblick auf die rege Nachfrage, zu der neuen Auflage entschlossen; sie soll nach dem Vorwort alsbald nach dem Erscheinen der neuen Gebührenordnung, die sich — nach der Versicherung des Herausgebers im Vorwort — „anscheinend in ihrem Aufbau von der jetzigen nur unwesentlich unterscheidet", einen Nachtrag erhalten.

Wir haben die frühere Auflage des bewährten Buches im Jahrg. 1915 S. 429 mit gebührender Anerkennung angezeigt. Was wir damals als offenkundiges Versehen festgestellt haben, ist leider in der neuen Ausgabe unverändert stehengeblieben. Die „Vermehrung" des Inhalts besteht im wesentlichen in der Anfügung des Nachtrags zur Gebührenordnung v. 7. 8. 18 und des Min. Erl. v. 11. 3. 20, betr. die Gebühren der Medizinalbeamten nach dem Gesetz v. 14. 7. 09. Die neuen Gebührensätze des ersterwähnten Nachtrags sind an Stelle der alten Sätze in die beiden Tarife der Gebührenordnung v. 15. 5. 20 eingefügt, ohne daß irgendwie angedeutet wäre, worauf die Änderungen beruhen; erst auf Seite 146 ff. erfährt man, daß sie durch die Bekanntm. v. 7. 8. 18 eingeführt sind und daß sie mit zeitlich beschränkter Geltung am 1. 9. 18 in Kraft getreten sind. Ein solcher Hinweis, unter Erwähnung der alten Sätze, wäre beim Abdruck der Tarife (S. 40 ff., 73 ff.) in Fettdruck am Platze gewesen, um den Benutzer des Buches nicht irre zu leiten; denn für ärztliche Verrichtungen aus der Zeit vor dem 1. 9. 18 sind doch noch jetzt die alten Sätze maßgebend! Diese kleinen Mängel beeinträchtigen im übrigen nicht den Wert des Buches. Die erläuternden Anmerkungen sind durchweg klar und enthalten wertvolle Aufschlüsse über die Bedeutung der einzelnen Bestimmungen und über die Voraussetzungen für die Anwendung der verschiedenen Tarifsätze. Besonders wertvoll ist auch der als Anhang beigefügte Aufsatz über den ärztlichen Gebührenanspruch und seine gerichtliche Geltendmachung.

Die Verstaatlichung des Heilwesens. Von Dr. med. Beschoren in Neuwedell. Dessau 1920 bei C. Dünnhaupt G. m. b. H. 32 Seiten. Preis 1,50 *M*.

Eine Abhandlung, die in wohltuend unparteiischer und sachlicher Weise das „Für und Wider" erwägt und ohne Verkennung naheliegender Bedenken auf Grund ihrer Abwägung gegenüber dem Gewicht der Rücksicht auf das Gemeinwohl zur Forderung der Verstaatlichung gelangt: 1. weil sie dem Arzt eine unabhängige Stellung verschafft und ihm dadurch, daß sie ihn dem freien Wettbewerb entzieht, allein eine uneigennützige Betätigung im Interesse des Heilverfahrens ermöglicht; 2. weil sie die Vervollkommnung und technische Fortbildung des Arztes am besten gewährleistet; 3. weil sie den Arzt zugleich in den Dienst der sozialen Hygiene auf allen ihren Gebieten stellen kann, ohne ihn in seinen wirtschaftlichen Interessen zu schädigen. Man wird nicht alles, was der Verfasser im Verlauf seiner

Begründung vorbringt, unterschreiben können; für recht verfehlt z. B. ist die Ausführung (S. 25) zu erachten, daß die Unfallversicherung am besten ganz von der Bildfläche verschwinden und in der Invalidenversicherung aufgehen, eine Rente also nur der erhalten solle, der in seiner Erwerbsfähigkeit um zwei Drittel beschränkt ist, gleichviel ob diese Beschränkung auf einen Unfall oder auf eine anderweite Erkrankung zurückzuführen ist. Aber anzuerkennen ist der überall zutage tretende Ernst und die Gewissenhaftigkeit des Ringens mit einem schwierigen Problem und der freie Mut des Bekenntnisses zu den so gewonnenen Ergebnissen — nach dem Leitwort: „Der Dienst der Wahrheit ist der härteste Dienst."

Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik. Von Sanitätsrat Dr. Frdr. Prinzing in Ulm. 30 Seiten. Preis 8 M + 20 %.

Die Familienversicherung in Baden. Von Dr. med. A. Fischer in Karlsruhe in Baden. 40 Seiten. Preis 8,50 M + 20 %.

Das sind die beiden ersten Hefte der von Dr. Fischer herausgegebenen, im Verlage der C. F. Müllerschen Hofbuchhandlung erscheinenden „Sozialhygienischen Abhandlungen". Die Schrift von Prinzing ist wichtig für alle, die sich wissenschaftlich mit sozialhygienischen oder mit gesundheitsstatistischen Fragen — den unerläßlichen Grundlagen aller sozialen Hygiene — befassen oder sich praktisch auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge betätigen. — Die Schrift von Fischer, ein „Bericht an das Badische Arbeitsministerium", ist hier bereits im Heft 23 S. 456 erwähnt. Sie gibt die im Auftrage des Ministeriums bearbeiteten Ergebnisse einer Untersuchung wieder, die, über ihre Bedeutung für die zu erwartende gesetzliche Regelung der Familienversicherung hinaus, eine wesentliche Bereicherung der Kenntnis von den sozialhygienischen Zuständen darstellt und das Interesse aller Sozialhygieniker, namentlich auch der Praktiker auf diesem Gebiete — Ärzte und ärztliche Organisationen, Krankenkassen, Gemeindeverwaltungen usw. —, beanspruchen darf.

Die sozialhygienischen Leistungen der deutschen Arbeiter- und Angestelltenversicherung im Kriege und ihre Zukunftsaufgaben. Von Sanitätsrat Dr. W. Hanauer. Berlin 1920, Verlag von Richard Schoetz. 30 Seiten. Preis 7,50 M.

Das Heft entstammt den „Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung" (Bd. 10 Heft 7). Es behandelt die Bekämpfung der Tuberkulose, des Alkoholismus, der Geschlechtskrankheiten, des Krebses, ferner Zahnhygiene, Gewerbehygiene und Unfallverhütung, Mutterschutz und Säuglingsfürsorge, Kinder- und Jugendfürsorge, Wohnungsfürsorge, Bevölkerungspolitik, Kriegsbeschädigtenfürsorge. Der Anteil der einzelnen Versicherungsträger an den Leistungen auf diesen Gebieten wird dargelegt und gewürdigt, und es werden ihrer ferneren Betätigung Wege gewiesen. Was der Verfasser beibringt, ist durchweg lesens- und beachtenswert. — Schade, daß er — abgesehen von dem Mißbrauch ganz entbehrlicher Fremdwörter (sanieren, Noxen, respektive usw.) — die deutsche Sprache auch sonst vielfach recht fahrlässig handhabt. Gelegentlich läuft auch eine sachliche Entgleisung unter. Die Behauptung, daß die Invalidenversicherung „den schweren Krieg völlig ungeschwächt überstanden hat", wird der Kundige mit einem schmerzlichen Lächeln aufnehmen (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 41, 46, 126).

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Verfolgung von älteren Ansprüchen der Krankenkasse gegen den Vater eines unehelichen Kindes.

1. **Nach Leunawerke.** Antwort: Maßgebend für den Umfang der Ersatzpflicht müssen diejenigen Vorschriften sein, die in Geltung waren zu der Zeit, in der das die Ersatzpflicht begründende Ereignis eingetreten ist; denn damit wird der Anspruch begründet. Wann er fällig wird, kann hierauf keinen Einfluß haben. Die bereits durch die Niederkunft vor dem 7. 5. 20 entstandenen Ansprüche der Kasse gegen die Väter unehelicher Kinder sind daher, auch soweit die Leistungen erst später fällig werden, in Kraft geblieben. Die Kasse kann diese Ansprüche weiter verfolgen, muß es aber nicht. Hierüber verweisen wir auf Heft 22 S. 436 Ziff. 2. Übrigens hat auch der Reichsarbeitsminister, wie wir der „Krankenversicherung" vom 10. 7. 20 entnehmen, in einem Bescheide vom 10. 5. 20 es wenigstens für zweifelhaft erklärt, ob für die noch unter der Herrschaft des Gesetzes vom 26. 9. 19 eingetretenen Fälle eine Krankenkasse gezwungen werden könne, den Anspruch geltend zu machen.

Voraussetzung des Anspruchs auf Wochenhilfe.

2. **Nach Qu.** Antwort: Wenn die Wöchnerin erst nach Ablauf von drei Wochen nach ihrem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung (§ 214 RVO.) niedergekommen und nicht freiwillig weiterversichert ist, hat sie überhaupt keinen Anspruch auf Wochenhilfe. Die Vorschrift, daß von dem Wochengelde vier Wochen in die Zeit vor der Entbindung fallen müssen, setzt selbstverständlich einen begründeten Anspruch auf Wochenhilfe an sich voraus. Nicht aber ist ein solcher Anspruch deshalb begründet, weil die Niederkunft innerhalb vier Wochen nach dem Ausscheiden erfolgt ist, und danach der Bezug des Wochengeldes zum Teil noch auf die Zeit der Mitgliedschaft entfallen würde.

Leistungspflicht und Ersatzanspruch einer Krankenkasse bei Heilanstaltspflege eines Militärversorgungsberechtigten.

3. **Nach Wilthen.** Frage: Ein Kassenmitglied und früherer Kriegsteilnehmer wurde zufolge eines Antrages auf Anerkennung von Militärversor-

gungsgebührnissen zur Rentenfestsetzung in lazarettärztliche Behandlung genommen und daraufhin einem Genesungsheim überwiesen. Dem Mitglied wurde auf Verlangen am 5. Juni ein Krankenschein ausgestellt, worauf ab 30. April wegen Lungentuberkulose die Erwerbsunfähigkeit bestätigt wurde. Nach unserer Satzung hat der Versicherte für seine Angehörigen einen Anspruch auf Hausgeld in Höhe von 50 % des Krankengeldes. Ist die Kasse demzufolge bis Ende Juni von der Bezahlung des Hausgeldes befreit und berechtigt nach dem § 14 des neuen Mannschaftsversorgungsgesetzes vom 12. Mai dieses Jahres einen Ersatz von ¾ des Hausgeldes für die erforderliche unbegrenzte Heilanstaltspflege von der Versorgungsbehörde zu verlangen oder haben wir satzungsgemäß 26wöchentliche Leistung von Hausgeld aus eigenen Mitteln zu gewähren und die Kosten der Anstaltspflege zu tragen?

Antwort: Aus Ihren Angaben ist nicht hinreichend klar ersichtlich, wer das Heilverfahren im Genesungsheim durchführt, da nicht angegeben ist, von wem das Kassenmitglied dorthin überwiesen worden ist. Ist dies von der Militärverwaltung geschehen, die den Versicherten zunächst infolge seines Antrags auf Feststellung von Versorgungsgebührnissen in lazarettärztliche Behandlung genommen hatte, so würde anzunehmen sein, daß auch die Anstaltspflege im Genesungsheim von der Militärverwaltung, also nicht gemäß § 8 Abs. 3 des Versorgungsgesetzes (ArbVers. 1920 Heft 17 S. 333) von der Krankenkasse, sondern gemäß dem Schlußabsatz des § 8 vom Reiche durchgeführt wird. In diesem Falle hätte nicht die Kasse, sondern das Reich auch das Hausgeld nach § 13 a. a. O. zu zahlen. Wird dagegen die Anstaltspflege im Genesungsheim auf Kosten der Krankenkasse gewährt, so hat diese auch das Hausgeld zu zahlen und kann dafür, vorausgesetzt, daß der Zusammenhang der Krankheit mit einer Dienstbeschädigung anerkannt ist, nach näherer Vorschrift der §§ 14 bis 16 a. a. O. Ersatz beanspruchen, also während der satzungsmäßigen Leistungsdauer ¾ des Krankengeldes nebst dem Aufwand für kleinere Heilmittel (§ 14), nach Ablauf der eigenen Leistungspflicht aber vollen Ersatz (§ 15).

Bedeutung der Einigung zwischen Krankenkassen und Ärzten für laufende Verträge.

4. **Nach Z.** Antwort: Der Schiedsspruch vom 2. und 4. Juni d. J. (ArbVers. Heft 19 S. 377) nebst Ergänzungen vom 21. Juni bezieht sich auf das Tarifabkommen vom 9. 12. 19 (ArbVers. 1920 Heft 2 S. 37), das er nur in einzelnen Punkten ändert und ergänzt. Das Tarifabkommen für sich allein aber hat nur die Bedeutung, daß es Grundsätze für die von den Kassen mit den Ärzten nach § 368 RVO. abzuschließenden Verträge aufstellt. An diese Grundsätze sind diejenigen Kassen, welche einem der am Abkommen beteiligten Verbände angehören, gebunden, wenn zwischen ihnen und den Ärzten ein Vertrag geschlossen werden soll oder muß. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wo ein noch nicht abgelaufenes Vertragsverhältnis besteht. Solche Verträge brauchen keineswegs sofort (oder gar mit Rückwirkung auf den 1. April 1920; Ziff. 4 des Schiedsspruchs) geändert und dem Tarif sowie dem Schiedsspruch angepaßt zu werden (zu vgl. „Betriebskrankenkasse“ 1920 S. 3), wenngleich es sich unter Umständen empfehlen mag, diese Anpassung herbeizuführen. Im vorliegenden Falle scheint ein Anlaß hierzu nicht gegeben zu sein. Die Ärzte hatten bei laufendem und ungekündigtem Vertrage eine Erhöhung des darin festgesetzten Pauschbetrages nachgesucht, und die Kasse hat diese Erhöhung vom 1. Januar 1920 ab bewilligt unter der ausdrücklichen Bedingung, daß vor Ende 1921 eine Erhöhung nicht wieder erfolgen dürfe. Die Ärzte haben darauf eine ausdrückliche Erklärung nicht abgegeben, aber die ihnen für das erste Vierteljahr 1920 von der Kasse gezahlte Pauschvergütung mit der erwähnten Erhöhung (von 100 v. H.) entgegengenommen. Hierdurch haben sie stillschweigend den Antrag der Kasse mit der an die Bewilligung geknüpften Bedingung, also die Verlängerung des Vertrages mit dem erhöhten Pauschsatz bis Ende 1921, angenommen (§§ 145, 150 Abs. 2, 151 BGB.). Von dieser vertraglichen Bindung konnten sie sich auch nicht unter Berufung auf § 626 BGB. durch fristlose Kündigung freimachen, weil angeblich durch die Verordnung vom 1. 4. 20 dem Vertrage die Grundlage entzogen sei. Darüber, daß dieser Grund nicht zutrifft, verweisen wir auf Heft 19 S. 377 Ziff. 1.

Bedeutung der Einigung zwischen Krankenkassen und Ärzten für laufende Verträge.

5. **Nach Hameln.** Antwort: Durch die neuerliche Einigung auf der Grundlage des Schiedsspruchs vom 2. und 4. 6. 20 werden laufende Verträge, auch soweit sie sich auf das Arztsystem beziehen, nicht berührt. Der Schiedsspruch gilt nur als Norm für künftig abzuschließende Verträge. Zu vgl. vorstehende Auskunft.

Zuständiges Versicherungsamt bei Streit über Ersatzansprüche einer Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft.

6. **Nach Ranis.** Antwort: Streit über Ersatzansprüche von Kassen aus § 1501 RVO. ist nach § 1515 Abs. 2 im Spruchverfahren zu entscheiden. Der Hauptanspruch, aus dem die Ersatzforderung hergeleitet wird, ist der Anspruch des Versicherten gegen die Berufsgenossenschaft. Über diesen Hauptanspruch ist nicht von einem Versicherungsamte zu entscheiden, sondern gemäß §§ 1675 ff. vom Oberversicherungsamt im Wege der Berufung gegen den Bescheid der Genossenschaft. Deshalb ist nach § 1774 für die Entscheidung über den Ersatzanspruch der Kasse das Versicherungsamt zuständig, in dessen Bezirke der Versicherte bei Entstehung des Ersatzanspruchs wohnte oder beschäftigt war (zu vgl. Entsch. des RVA. 2172 und 2493, Amtl. Nachr. 1916 S. 390 und 1918 S. 482).

Lösung des Arbeitsverhältnisses bei Streik der Arbeiter?

7. **Nach Rh.** Frage: Ein Arbeitgeber meldet bei einem Lohnstreik seine sämtlichen Arbeiter von der Krankenkasse ab. Eine Lösung des Beschäftigungsverhältnisses liegt u. E. nicht vor, da die Arbeit in vollem Umfange wieder aufgenommen wird, sobald eine Einigung in der Lohnfrage erzielt ist, da ferner die Quittungskarten und Steuerkarten im Besitze des Arbeitgebers verblieben sind und die Arbeiter jeden Tag mit der Wiederaufnahme der Arbeit rechnen. Der Arbeitgeber erklärt zwar der Krankenkasse gegenüber, das Arbeitsverhältnis sei gelöst; nach erfolgtem Urteil des Schlichtungsausschusses würde er mit der Neueinstellung der Arbeiter beginnen, wobei jedoch die Haupträdelsführer keine Berücksichtigung finden würden. Auch erklären die Arbeiter, daß ihnen von einer Entlassung, die ihnen

doch vom Arbeitgeber mitgeteilt werden müsse, nichts bekannt sei. Wir bitten um Auskunft, ob der Arbeitgeber zur Abmeldung berechtigt ist.

Antwort: Der Streik für sich allein bedeutet noch nicht eine Lösung des Beschäftigungsverhältnisses von seiten der Arbeiterschaft, sondern nur die Einstellung der tatsächlichen Arbeitsleistung. Auch wenn für die Streiktage Entgelt nicht gezahlt werden sollte, so folgt daraus noch nicht, daß das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis durch den Eintritt in den Streik beendet ist, solange damit zu rechnen ist, daß nach wie vor der Unterbrechung der Arbeitsleistung wieder eine Lohnzahlung stattfinden wird, die den Arbeitern die Erfüllung der Beitragspflicht ermöglicht (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1900 S. 646; RVA. 1933 Amtl. Nachr. 1914 S. 813). Selbstverständlich konnte der Arbeitgeber die Niederlegung der tatsächlichen Arbeitsleistung zum Anlaß nehmen, seinerseits das Beschäftigungsverhältnis zu lösen; aber den Willen hierzu hätte er den Arbeitern gegenüber, wenn nicht ausdrücklich, so doch in einer für sie erkennbaren Weise bekunden müssen. Eine solche Bekundung liegt nicht vor. Das Zurückhalten der Quittungs- und der Steuerkarten weist im Gegenteil darauf hin, daß der Arbeitgeber sich die Entschließung darüber noch vorbehalten hat. Daß er der Kasse gegenüber erklärt hat, das Arbeitsverhältnis sei gelöst, genügt nicht, zumal die beigefügte Bemerkung erkennen ließ, daß er seine endgültige Entschließung vom Urteil des Schlichtungsausschusses abhängig machen wolle. Wir meinen daher, daß die Kasse die Abmeldung der Arbeiter zurückweisen muß.

Keine Haftung eines Fußballvereins für unverschuldete Unglücksfälle seiner Mitglieder.

8. **Nach Tr.-Württ.** Antwort: Es könnte nur in Frage kommen, ob ein Schadensersatzanspruch des verunglückten Mitgliedes gegen seinen Fußballverein gemäß § 1542 RVO. auf die Krankenkasse übergegangen ist. Das Mitglied aber würde einen Anspruch auf Schadenersatz gegen den Verein nur haben, wenn ein berufener Vertreter des Vereins vorsätzlich oder fahrlässig die Körperverletzung des Mitgliedes verschuldet hätte (§§ 31, 823, 831 BGB.). In den Fällen, in denen einer der unglücklichen Zufälle vorliegt, wie sie beim Fußballspiel unvermeidlich sind, ist der Verein nicht haftbar. Darin, daß er es unterläßt, seine Mitglieder gegen Unfälle zu versichern, liegt keine Fahrlässigkeit; er ist dazu gesetzlich nicht verpflichtet. Ihre Kasse kann also keine Ersatzansprüche gegen den Verein erheben.

Grundlohnstufe eines freiwillig Beigetretenen (§ 176 RVO.).

9. **Nach Schm.** Frage: Ein Handwerksmeister, der seit vielen Jahren unserer Kasse als Mitglied angehört, beantragt, nachdem die erhöhten Grundlöhne in Wirksamkeit getreten sind, seine Versetzung nach Klasse XII (Grundlohn 30 ℳ). Er war seither in der höchsten Stufe mit einem Grundlohne von 10 ℳ versichert. Ist die Versetzung zulässig? Wenn ja, unter welchen Voraussetzungen? Der Versicherte ist seit einem halben Jahre an einem inneren Leiden erkrankt und dürfte in Kürze wieder arbeitsunfähig sein. Würde innerhalb der satzungsmäßigen sechswöchigen Wartezeit für freiwillig Beitretende nach dem erhöhten Grundlohne Krankengeld zu gewähren sein?

Antwort: Für freiwillig Beitretende gilt hinsichtlich des Grundlohnes grundsätzlich nichts anderes als für Versicherungspflichtige (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 7 zu § 180 RVO.; Grunow, ArbVers. 1918 S. 181). Maßgebend für die Einreihung in die Grundlohnstufen ist also das Einkommen aus der Beschäftigung, auf der das Beitrittsrecht beruht. Ergibt sich hiernach ein Tagesverdienst, der die Zugehörigkeit zur höchsten Lohnstufe von 30 ℳ rechtfertigt, so ist die Versicherung des Meisters in dieser Stufe nicht nur zulässig, sondern geboten. Bei einer Erkrankung mit Arbeitsunfähigkeit hat der Versicherte kraft Gesetzes Anspruch auf das der höchsten Lohnstufe entsprechende Krankengeld. Die letzte Frage ist hiernach unverständlich. Es ist nicht einzusehen, inwiefern eine Wartezeit in Frage kommen soll bei einem Mitgliede, das der Kasse schon seit vielen Jahren angehört. Das Aufrücken in die höhere Stufe ist doch kein neuer Beitritt!

Baugewerksschüler sind nicht versicherungsberechtigt nach § 176 Abs. 1 RVO.

10. **Nach St. Goarshausen.** Antwort: Sie verneinen mit Recht die Beitrittsberechtigung. In Frage kommen könnte nur Ziff. 1 des § 176 Abs. 1, wonach versicherungsfreie Beschäftigte der im § 165 Abs. 1 bezeichneten „Art" der Kasse freiwillig beitreten können, d. h. solche Personen, die nach der Art ihrer Beschäftigung zu einer der im § 165 bezeichneten Gruppen gehören. Von diesen Gruppen kann wieder nur die unter Ziff. 1 bezeichnete und von dieser nur die Untergruppe der „Arbeiter" oder der „Lehrlinge" in Frage kommen. Fachschüler, zu denen die Baugewerksschüler gehören, sind aber, weil sie einen Arbeitsposten im Betriebe nicht versehen, weder den Arbeitern noch den Lehrlingen zuzurechnen. Zu vgl. insbesondere hinsichtlich der Lehrlinge: Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 8 zu § 165 RVO.

Beitragsberechnung, wenn Krankengeld allgemein für Sonn- und Feiertage gewährt wird.

11. **Nach H.** Antwort: Wenn die Satzung gemäß § 191 Abs. 1 RVO. das Krankengeld allgemein für Sonn- und Feiertage zubilligt, so ergibt sich allerdings die Unstimmigkeit, daß bei gleichen Leistungsansprüchen diejenigen Versicherten, die an diesen Tagen arbeiten müssen, für diese Tage Beiträge zu entrichten haben, während diejenigen, die an Sonn- oder Feiertagen feiern, dafür noch den Vorteil der Beitragsfreiheit für diese Tage haben! Aber diese Seltsamkeit ist nur die unabänderliche Folge aus der juristisch und praktisch unhaltbaren und dennoch vom Reichsversicherungsamt festgehaltenen und auch vom bayer. Landesversicherungsamt (ArbVers. 1919 S. 346) gebilligten Ansicht, daß Kassenbeiträge nur für Arbeitstage berechnet werden dürfen. Zu vgl. dagegen ArbVers. 1918 S. 418 Ziff. 3 und die dort angeführten Stellen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1292 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 11. September 1920 | Heft 26

Zur Frage der Verzinsung von Geldforderungen auf Grund des Reichsversicherungsrechts.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

In einer Abhandlung in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung (1913 Sp. 131 ff.) habe ich die Frage der Anwendung von Normen des bürgerlichen Rechts auf Ansprüche aus der Reichsversicherung behandelt und ausgeführt, daß und inwieweit die entsprechende Anwendung solcher Normen insbesondere überall da unbedenklich erscheint, wo das Gesetz in die versicherungsrechtliche Normierung ausdrücklich einen dem bürgerlichen Recht entlehnten Rechtsbegriff einführt, ohne selbst Näheres über die Ausgestaltung im einzelnen zu bestimmen. Hierin liege eine Verweisung auf das Privatrecht. Wenn z. B. das Gesetz ausspreche, daß mehrere Arbeitgeber desselben Versicherten als „Gesamtschuldner" für die vollen Beiträge haften (§§ 396, 1426 RVO.), so sei hiermit auf die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches verwiesen, und zwar nicht nur hinsichtlich des Begriffs des Gesamtschuldverhältnisses (§ 421 BGB.), sondern auch hinsichtlich der Wirkungen im Verhältnis der mehreren Schuldner zum Gläubiger und im Verhältnis der Schuldner zueinander (§§ 422 ff. BGB.). Im Anschluß an die Anführung weiterer Beispiele für die Anwendung des Grundgedankens habe ich dann folgendes bemerkt:

Das Gesetz könnte nicht die mehreren Arbeitgeber als „Gesamtschuldner" bezeichnen und damit auf die §§ 421 ff. BGB. verweisen, wenn es nicht als Grundlage des Anspruchs ein „Schuldverhältnis" ansähe, für das im allgemeinen die Vorschriften über das „Recht der Schuldverhältnisse" (§§ 251 ff. BGB.) entsprechend, d. h. insoweit zu gelten haben, als nicht durch besondere Vorschriften oder durch die Eigenart des öffentlich-rechtlichen Verhältnisses Abweichungen geboten sind. Und im gleichen Sinne ist es zu deuten, daß, wie dargelegt, die Geltung der dem bürgerlichen Recht angehörenden Institute der Anspruchsverjährung und der Aufrechnung auch für Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnisse im Gesetz offenbar vorausgesetzt ist. Die Rechtsprechung hat sich denn auch einer solchen Auffassung des Verhältnisses des bürgerlichen Rechts zum Reichsversicherungsrecht gar nicht entziehen können. Daß z. B. als Erfüllungsort der Pflicht der Krankenkassen zur Gewährung von Krankenpflege der Beschäftigungsort oder der Wohnort des Versicherten oder sein Aufenthaltsort im Kassenbezirk anzusehen ist (vgl. z. B. Entsch. des bayer., des bad., des braunschw. VGH., in Arb.-Vers. 1897 S. 153, 1905 S. 594, 1906 S. 618, Reger 17 S. 35, 26 S. 337), wird auf Erwägungen gegründet, die dem § 269 BGB. entlehnt sind. Daß unter gewissen Voraussetzungen die Versicherungsträger sich durch Hinterlegung des geschuldeten Betrags nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts befreien können, ist grundsätzlich anerkannt (Entsch. des preuß. OVG. 34 S. 361; Hb. d. UV. Bd. 1, S. 333, Anm. 1 zu § 26 GUVG.). Wenn nach dem KVG. (§ 4 Abs. 4, § 19 Abs. 6, § 27 Abs. 2) die freiwillige Versicherung erlischt, sobald die Beiträge an zwei aufeinanderfolgenden Zahltagen nicht geleistet sind, so wird man gewiß nicht zweifeln, daß der hier vorausgesetzte Verzug gemäß § 285 BGB. nicht vorliegt, wenn die Leistung infolge eines Umstandes unterbleibt, den der Beitragsschuldner nicht zu vertreten hat; nur so läßt sich die Entscheidung rechtfertigen, daß der Rechtsnachteil nicht eintritt, wenn die Beiträge, gemäß einer bei der Kasse bestehenden und der Aufsichtsbehörde bekannten Übung, in gewissen Fällen mit Außerachtlassung der durch die Satzung vorgeschriebenen Zahlungstermine in größeren Zeitabschnitten bezahlt wor-

den sind (Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1909 S. 747, Reger 30 S. 264). Das Reichsgericht hat anerkannt, daß auch öffentlich-rechtliche Verhältnisse Rechte und Verbindlichkeiten erzeugen können, deren Verletzung zum Schadenersatz nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts verpflichtet (RG. ZS. 65 S. 113). Nach § 286 BGB. hat aber der Schuldner dem Gläubiger auch den durch den Verzug entstehenden Schaden zu ersetzen, und zwar mindestens in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen nach § 288 BGB., die nichts anderes sind, als der Durchschnittsbetrag des Verzugsinteresses, den der Gläubiger fordern darf, ohne eine wirkliche Zinseinbuße oder einen sonstigen Schaden beweisen zu müssen (Mot. z. BGB. II S. 62). Man sollte meinen, daß es danach auch unbedenklich sei, von den Geldforderungen aus dem Versicherungshältnisse — Beitragsforderungen der Versicherungsträger und Leistungsansprüchen gegen sie — Verzugszinsen zuzubilligen. In diesem Sinne hat z. B. das Bundesamt für das Heimatwesen hinsichtlich armenrechtlicher Erstattungsansprüche entschieden, indem es die §§ 284 ff. BGB. und auch den § 291, betreffend Prozeßzinsen, für entsprechend anwendbar erachtete (Reger 28 S. 114). Das sächsische Oberverwaltungsgericht ist in einer Plenarentscheidung vom 10. Oktober 1909 dieser Ansicht hinsichtlich öffentlich-rechtlicher Geldforderungen überhaupt und insbesondere hinsichtlich der Ansprüche aus dem Versicherungsrecht gefolgt und hat dabei bemerkt: auch in anderer Hinsicht habe sich zur Ergänzung des öffentlichen Rechts eine analoge Anwendung bürgerlich-rechtlicher Vorschriften, z. B. über ungerechtfertigte Bereicherung und über Aufkündigung, als notwendig und gerechtfertigt erwiesen (ArbVers. 27 S. 426, Reger 30 S. 365). Das RVA. aber lehnt es ab, Zinsen von den versicherungsrechtlichen Ansprüchen zuzubilligen (Besch. 1372, 1426, 1477, 2381, AN. 1894 S. 344, 1895 S. 223, 1896 S. 172, 1910 S. 448). In einem Falle ist dies damit begründet: die Leistungspflicht könne sich, auch im Interesse der Rechtseinheit, nicht nach den Landesgesetzen, sondern nur nach den Reichsversicherungsgesetzen bestimmen, die keinen Anhalt für einen Anspruch auf Verzugszinsen gewähren; auch spreche die steuerähnliche Natur der Beitragsforderung, insbesondere die sofortige Beitreiblichkeit, dagegen (Besch. 1477). Die Rücksicht auf die Rechtseinheit ist nun aber seit 1900 hinfällig, und der zweite Grund ist sicher nicht durchschlagend, wenn für die Steuerähnlichkeit der Beitragsforderung nichts anderes geltend gemacht werden kann als ihre Beitreiblichkeit. Der Gläubiger verliert doch den Anspruch auf Verzugszinsen nicht, weil er für seine Forderung einen vollstreckbaren Titel hat. Der entscheidende Grund, der das RVA. leitet, ist offenbar der, daß die „hier allein anzuwendenden öffentlich-rechtlichen Bestimmungen" der Versicherungsgesetze die Verzinsungspflicht nicht aussprechen (Besch. 2381). Das ist aber ungerechtfertigt und unverträglich mit der auch vom RVA. sonst geübten Praxis, die Vorschriften des bürgerlichen Rechts aushilfsweise heranzuziehen (so z. B. Annahme eines Gesamtschuldverhältnisses im Sinne des § 421 BGB. zwischen BG. und Krankenkasse, Ausgleichungspflicht nach § 426 BGB., Anspruch aus grundloser Bereicherung nach §§ 812 ff. BGB.; Rek. E. 2146, 2158, AN. d. RVA. 1906 S. 415, 478). Nur das könnte in Frage kommen, ob etwa die Annahme der Verzinsungspflicht durch positive Vorschriften oder durch die Natur des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen erscheint. Dies ist aber zu verneinen. Im Gegenteil: daraus, daß den Versicherungsträgern die mündelsichere, verzinsliche Anlegung des Vermögens zur Pflicht gemacht ist (§ 26 RVO.), ist zu folgern, daß sie auch auf Ausgleichung des wirtschaftlichen Nachteils Anspruch haben müssen, der ihnen erwächst, wenn ihnen durch Verzug des Schuldners die Möglichkeit der Zinsnutzung entzogen wird. Und umgekehrt würden sie sich ungerechtfertigt bereichern, wenn sie während eigenen Verzugs die Zinsnutzung eines geschuldeten Betrages hätten, ohne ihn dem Gläubiger verzinsen zu müssen. Ist danach ein Anspruch auf Verzugszinsen an sich anzuerkennen, so wird es auch unbedenklich sein, daß die Versicherungsbehörden darüber mitzuentscheiden haben. Denn es handelt sich nicht um einen selbständigen Anspruch. Der Gläubiger hat Anspruch auf rechtzeitige Zahlung oder, im Falle des Verzugs, auf Zahlung des Hauptbetrags mit Zinsen, so daß diese einen Teil der geschuldeten Leistung darstellen. Demgemäß hat besonders auch das preuß. OVG. „die Befugnis des Verwaltungsrichters, über einen derartigen akzessorischen Anspruch mitzuentscheiden", ausdrücklich anerkannt (Gründe der Entsch. 8 S. 22) und in zahlreichen Urteilen Verzugszinsen von Forderungen aus öffentlich-rechtlichen Verhältnissen anstandslos zugesprochen (z. B. 23 S. 132, 138; 28 S. 116 ff.; 37 S. 382).

Das Reichsversicherungsamt hat demgegenüber an der Meinung, daß weder die Versicherungsträger von rückständigen Beiträgen, noch die Versicherten von rückständigen Geldleistungen Zinsen beanspruchen können, festgehalten (Entsch. 1936, Amtl. Nachr. 1914 S. 820, ArbVers. 1915 S. 181) und weiterhin Entsprechendes, im wesentlichen aus gleichen Gründen, auch bei Ersatzansprüchen nach dem 5. Buche der RVO., sowie für die Rückforderung irrtümlich gezahlter oder zu Unrecht beigetriebener Krankenkassenbeiträge angenommen (Entsch. 1962 und 2475, Amtl. Nachr. 1915 S. 364 und 1918 S. 441). Es ist kein Zugeständnis an die von mir und anderen vertretene abweichende Ansicht, wenn das Reichsversicherungsamt in einem Bescheide vom 10. Februar 1914 („Berufsgenossenschaft" 1917 S. 36, 37) erklärt hat, gegen die Berechnung von Verzugszinsen bei Stundung von Beiträgen kein Bedenken zu hegen, „sofern die beteiligten Mitglieder (einer Berufsgenossenschaft) damit einverstanden, die Verzugszinsen also vertragsmäßige sind". Das ist eine Selbstverständlichkeit, die einfach aus der Rechts- und Vertragsfähigkeit der Beteilig-

ten folgt. Im Aufsichtswege konnte das Reichsversicherungsamt die Genossenschaft zur Beitreibung der rückständigen Beiträge anhalten, wenn sie, unter Verletzung ihrer Pflicht zu getreuer Vermögensverwaltung, Stundung gegen das Versprechen der Verzinsung gewährte; war aber die Stundung nach den Umständen des Falles eine nicht zu beanstandende Verwaltungsmaßnahme, so wäre es nicht zu verstehen gewesen, wenn das Reichsversicherungsamt der Annahme des Verzinsungsversprechens der Beitragsschuldner durch die Genossenschaft hätte entgegentreten wollen. Das angenommene Versprechen, den Rückstand zu verzinsen, war auch ohne den Segen des Reichsversicherungsamts gültig. Zweifelhaft konnte nur sein, ob nicht auch das Versprechen überflüssig war, ob nicht die Verzinsungspflicht sich aus den Gesetzen von selbst ergibt.

Ein Zweifel solcher Art ist neuerdings in folgendem Falle aufgetaucht: Infolge einer Eingemeindung war ein Teil des Bezirks einer Ortskrankenkasse aus dieser ausgeschieden und mit der Ortskrankenkasse eines Nachbarbezirks vereinigt worden mit Wirkung vom 1. Januar 1920 (§§ 280, 284 RVO.). Bei der Auseinandersetzung zwischen den beteiligten Kassen (§§ 285 ff., 298 Abs. 1 Ziff. 1 und Abs. 2) kam mit Genehmigung des Versicherungsamts eine Vereinbarung (§ 286 Abs. 3) dahin zustande, daß die Kasse, aus der die Ausscheidung erfolgte, von ihrem Reinvermögen der aufnehmenden Kasse für jedes infolge der Ausscheidung übergehende Mitglied einen bestimmten Kopfteil überwies (§ 293). Es bestand kein Streit darüber, daß der Gesamtbetrag von rund 25 000 ℳ am 1. Januar 1920 fällig war, als dem Tage, an dem sich der Mitgliederübergang vollzog und auch die Lasten aus der Versicherung auf die aufnehmende Kasse übergingen (§§ 288, 289; zu vgl. noch § 212). Die Zahlung verzögerte sich aber erheblich, und es entstand die Frage, ob die aufnehmende Kasse Anspruch auf Verzugszinsen hat.

Würde das Reichsversicherungsamt, wenn es zur Entscheidung dieser Frage berufen wäre, von seinem grundsätzlichen Standpunkt aus die Frage verneinen, also den Anspruch auf Zinsen auch in diesem Falle abweisen müssen? Um die Antwort zu finden, muß man auf die Begründung des grundsätzlichen Standpunktes eingehen. Die wesentlichen Gründe der Entscheidung 1936 sind folgende: Beiträge dürften die Versicherungsträger nur in den gesetzlichen und satzungsmäßigen Grenzen erheben. Ohne ausdrückliche Vorschrift seien sie nicht befugt, den Arbeitgebern und Versicherten weitere Lasten aufzuerlegen. Könnten sie deshalb für rückständige Beiträge keine Zinsen beanspruchen, so könne ihnen auch nicht wohl die Verpflichtung auferlegt werden, für rückständige Leistungen Zinsen zu zahlen. Die gegenteilige Annahme würde sie überdies, zum Schaden für ihre sonstigen Aufgaben, mit einer Menge kleinlicher Arbeit bei nicht selten geringen Beträgen belasten. Im Hinblick auf diese besonderen Verhältnisse und Eigentümlichkeiten der Arbeiterversicherung könne die ergänzende Anwendung der §§ 284, 288, 291 BGB. nicht in Frage kommen. Daß hiernach das RVA. in der Entsch. 2475 den Anspruch auf Zinsen auch bei der Rückforderung zu Unrecht erhobener Beiträge für unbegründet erachtet, kann von seinem grundsätzlichen Standpunkt aus ohne weiteres als folgerichtig gelten. In der Entsch. 1962 wird gleichfalls auf die Rechts- und Zweckmäßigkeitserwägungen der Entsch. 1936 verwiesen; aber in der Begründung wird auch betont, daß es sich bei den Ersatzansprüchen nach dem 5. Buche der RVO. nicht um „Schadenersatzansprüche, auf die das bürgerliche Recht angewendet werden könnte“, sondern lediglich um einen billigen Ausgleich zwischen den beteiligten Versicherungsträgern oder einem Versicherungsträger und anderen Verpflichteten handele, der in der RVO. erschöpfend bestimmt sei. Diese Ausführung darf doch wohl dahin gedeutet werden, daß das RVA. den Anspruch auf Zinsen nach bürgerlichem Recht für begründet erachten würde, wenn die Ansprüche aus dem 5. Buche der RVO. als

Schadenersatzansprüche angesehen werden könnten. Warum wohl? Der Grund kann nur darin gefunden werden, daß der einmal, wenngleich auf öffentlich-rechtlichem Boden, erwachsene Anspruch wegen seiner rein vermögensrechtlichen Natur den Charakter einer Schuldforderung trägt, die nicht vollständig erfüllt wird, wenn sie nicht rechtzeitig erfüllt wird; daß also die verspätete Leistung nur eine Teilleistung darstellt, die nach der geltenden Rechts- und Wirtschaftsordnung der Ergänzung durch Zahlung von Verzugszinsen oder Prozeßzinsen nach Maßgabe des bürgerlichen Rechtes bedarf. Geht man hiervon aus, so kann, auch vom grundsätzlichen Standpunkte des Reichsversicherungsamts aus, erst recht kein Bedenken bestehen, in dem erörterten Falle der Auseinandersetzung zwischen zwei Kassen den Anspruch der aufnehmenden Kasse auf Zahlung der Kopfteile für die zu ihr übertretenden Mitglieder als eine Schuldforderung anzuerkennen, die vom Eintritt des Erfüllungsverzugs ab verzinst werden muß. Denn die Grundlage des Anspruchs ist die auf Grund des § 286 Abs. 3 RVO. getroffene „Vereinbarung", ein Vertrag rein vermögensrechtlichen Inhalts, geschlossen zwischen rechtsfähigen Körperschaften (§ 4 RVO.) und daher in vermögensrechtlicher Hinsicht nicht anders zu beurteilen als ein entsprechendes Rechtsgeschäft zwischen Privatpersonen. Daran wird auch durch das Erfordernis der Genehmigung des Versicherungsamts nichts geändert. Das Erfordernis der behördlichen Überprüfung und Billigung („Bestätigung") eines Vertrages im Hinblick auf seine besondere Wichtigkeit kommt auch im bürgerlichen Rechte vor (zu vgl. § 1741 BGB.), ohne daß dadurch der rechtsgeschäftliche Charakter der Handlung berührt wird (zu vgl. Mot. zum BGB. IV S. 956 Ziff. 2). Von der Genehmigung des Versicherungsamts hängt also nur die Gültigkeit der Vereinbarung ab; der genehmigte Vertrag aber unterliegt im übrigen der privatrechtlichen Beurteilung, insbesondere auch hinsichtlich der Verzinsung der festgestellten Schuldforderung. Der Anspruch auf Verzugszinsen oder Prozeßzinsen würde im ordentlichen Rechtswege zu verfolgen sein. Anders läge die Sache freilich, wenn beim Mangel einer Vereinbarung die Auseinandersetzung gemäß § 287 RVO. durch das Versicherungsamt vollzogen und der der aufnehmenden Kasse gebührende Betrag vom Versicherungsamt selbst festgestellt würde. In diesem Falle könnte man sagen, daß der Spruch des Amtes eine Streitentscheidung von erschöpfender Bedeutung ist, und daß daher, wenn das Versicherungsamt der aufnehmenden Kasse nur einen Kapitalbetrag zuspricht, Zinsen als abgesprochen gelten und, nach Rechtskraft der Entscheidung (§ 297), weder in einem neuen Verfahren vor dem Versicherungsamt, noch im ordentlichen Rechtswege nachgefordert werden können.

Von dieser Erörterung eines besonderen Falles kehre ich zur grundsätzlichen Auffassung des Reichsversicherungsamts zurück, um ihre erneute Prüfung anzuregen. Das Reichsversicherungsamt steht mit seiner Auffassung, soviel ich übersehe, allein. Die Heranziehung der Vorschriften des bürgerlichen Rechts über die Verpflichtung zur Zahlung von Zinsen, insbesondere Verzugszinsen, bei öffentlich-rechtlichen Ansprüchen entspricht, wie ich in den oben wiedergegebenen Ausführungen nachgewiesen habe, der Praxis anderer höchster Verwaltungsgerichte, und sie entspricht auch der Rechtsprechung des Reichsgerichts auf dem Gebiete des der Reichsversicherung so nahe verwandten Militärversorgungsrechts (zu vgl. Entsch. in Zivils. 72 S. 256, 369; 92 S. 379, auch Magister in Monatsschr. f. Arb. u. Angest. Vers. 1919 S. 599 ff.). Aus dem Schrifttum ist gegenüber der Ansicht des Reichsversicherungsamts noch hinzuweisen auf Friedrichs im Preuß. Verw. Bl. 29 S. 361, Bucerius daselbst 40 S. 637, Brunn in ArbVers. 1915 S. 627, Boecker im Zentr.Bl. f. Reichsvers. 1916 S. 215, Böckel in „Ortskrankenkasse" 1920 Sp. 66 ff. Es bleibt zu erwägen, ob die Gründe, aus denen das Reichsversicherungsamt in den drei er-

wähnten Entscheidungen (1936, 1962, 2475) an der Abweisung des Anspruchs auf Zinsen von Forderungen auf Grund der Reichsversicherungsordnung festhält, durchgreifen. Die Versicherungsträger, so wird zunächst ausgeführt, seien ohne ausdrückliche Vorschrift nicht befugt, den Arbeitgebern und Versicherten über die gesetz- und satzungsmäßigen Beiträge hinaus weitere Lasten aufzuerlegen, also Zinsen von Beitragsrückständen zu fordern, und folglich auch nicht verpflichtet, von rückständigen Leistungen Zinsen zu zahlen. Das ist nicht ein Beweisgrund für die aufgestellte Behauptung, sondern lediglich deren Wiederholung. Denn es handelt sich ja gerade darum, ob nicht die Verzinsungspflicht auch ohne ausdrückliche Vorschrift aus der Natur der in Frage stehenden Geldforderungen folgt. Es ist schon oben bemerkt worden, daß die nicht rechtzeitige Erfüllung einer solchen Forderung eine unvollständige Erfüllung ist, und es ist selbstverständlich, daß die zur Streitentscheidung berufenen Instanzen den Schuldner auf Antrag zur vollständigen Erfüllung seiner Verbindlichkeit, gegebenenfalls also auf Antrag auch zur Zahlung von Verzugs- oder Prozeßzinsen, nach bürgerlichem Rechte zu verurteilen haben. Bucerius (a. a. O.) trifft den Nagel auf den Kopf, wenn er ausführt: Der einmal entstandene Anspruch auf Geld habe nichts Öffentlich-Rechtliches mehr; er könne nur nach bürgerlichen Rechtssätzen erfüllt werden. „Denn 100 ℳ einige Jahre früher oder später ist nicht dasselbe." Der Unterschied zwischen der früheren (geschuldeten) und der späteren (unvollständigen) Leistung kann aber nach unserer Rechts- und Wirtschaftsordnung nur durch Verzinsung ausgeglichen werden. Daß auch die Versicherungsträger mit dieser Ordnung zu rechnen haben, ergibt sich aus der RVO. selbst, die sie zur verzinslichen Nutzbarmachung ihres Vermögens verpflichtet (§ 26) und daher anderseits unmöglich billigen kann, daß sie die Zinsen von Beträgen, die sie anderen schulden, also aus ihrem Vermögen auszuscheiden verpflichtet sind, dem Gläubiger vorenthalten. Ganz verfehlt ist aber auch die praktische oder Zweckmäßigkeitserwägung, die das Reichsversicherungsamt hinzufügt: daß die Pflicht der Versicherungsträger, Zinsen von rückständigen Beiträgen zu fordern und von rückständigen Leistungen zu zahlen, sie mit einer Menge kleinlicher Arbeit belasten würde. Keine verständige Aufsichtsbehörde wird daran denken, die Organe der Versicherungsträger zur Berechnung von Zinsen bei Beitragsrückständen anhalten oder gar sie wegen ungetreuer Geschäftsverwaltung haftbar machen zu wollen (§§ 23, 31 Abs. 3 RVO.), wenn es sich um so geringfügige Beträge handelt, daß das Zinsergebnis die Mühe der Berechnung, der Einforderung oder gar der Beitreibung nicht lohnen würde. Auch der getreueste Vormund darf in solchem Falle die Sache auf sich beruhen lassen. Wenn es sich aber um erheblichere Beträge und Rückstände für längere Zeit handelt, so bedeutet die Ansicht des Reichsversicherungsamts eine gerade auch unter praktischen Gesichtspunkten verwerfliche Ermunterung pflichtvergessener oder leichtfertiger Arbeitgeber zur Verschleppung der Beitragsleistung zum Schaden der Versicherungsträger. Bei den Berufsgenossenschaften stehen nicht selten die Zinsen von mehreren tausend Mark in Frage, und auch bei den Krankenkassen ist der Fall nicht selten, daß Arbeitgeber aus nichtigen Gründen (z. B. weil ein vermögensloser Akkordant die Arbeitgeberpflichten habe) die Anmeldung eines ganzen großen Arbeiterstammes und die Einzahlung der Beiträge verweigert und verschleppt, so daß es sich um recht erhebliche Beitragssummen handelt, von denen der Arbeitgeber, wenn er schließlich doch zahlen muß, wenigstens die Zinsen als Prämie für seinen Verzug behält. Und wie unbillig und unsozial ist die Auffassung des Reichsversicherungsamts in Anwendung auf rückständige Leistungen aus der Reichsversicherung! Fälle, wie der folgende, sind durchaus nicht selten: Einem Kranken, der sich einer kostspieligen Operation unterziehen muß, wird die Kassenmitgliedschaft und jeder Anspruch auf Krankenhilfe be-

stritten. Er muß Schulden machen und Zinsen davon zahlen, um den Aufwand für das Heilverfahren und seine Verpflegung zu decken. Wird die Kasse dann etwa nach Jahresfrist (es kann bekanntlich unter Umständen noch länger dauern!) zur Erstattung der Kosten des Heilverfahrens und zur Nachzahlung des Krankengeldes verurteilt, so kann das ein erkleckliches Sümmchen sein, aber es reicht nicht an das heran, was die Kasse dem Versicherten nach Recht und Billigkeit schuldet, wenn sie nicht auch zur Zahlung von Verzugszinsen verurteilt wird. Was schließlich die Ersatzansprüche aus dem 5. Buche der RVO. betrifft, so bezwecken sie nach den eigenen Worten des Reichsversicherungsamts (Entsch. 1962) einen „billigen Ausgleich" zwischen den Versicherungsträgern oder zwischen einem Versicherungsträger und anderen Verpflichteten. Gerade die Billigkeit aber wird verletzt, wenn die erstattungspflichtige Partei nur zur Zahlung des Hauptbetrages verurteilt wird, die Zinsen aber, die sie tatsächlich gezogen hat oder doch ziehen konnte, der berechtigten Partei, der sie entgangen sind, vorenthalten darf. Entsprechendes, wie für Ansprüche aus dem 5. Buche, muß selbstverständlich auch für andere Ersatzansprüche von Versicherungsträgern gegeneinander oder gegen andere Verpflichtete gelten, z. B. in den Fällen der §§ 197, 222, 224, 420, 422, 576. Daß dabei unter Umständen recht erhebliche Beträge in Frage kommen, darüber sei z. B. auf den Fall in ArbVers. 1920 S. 479 Ziff. 8 verwiesen.

Die Ansicht des Reichsversicherungsamts wird richtig sein, wenn einmal das Schlagwort wahr werden sollte: „Der Zins muß sterben." Einstweilen aber lebt er noch; er ist in unseren Gesetzen und in der Wirtschaftsordnung, mit der diese Gesetze rechnen, — wie man jetzt zu sagen pflegt — „verankert". Deshalb sind die erörterten Entscheidungen unrichtig.

Vereinfachte Form der Markenberichtigung.

Ein Vorschlag zum Reichsgesetz vom 20. Mai 1920.

Von Kontrollinspektor F. Quatmann in Oldenburg im Freistaat.

Das Gesetz über die Abänderung der Leistungen und Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. Mai d. J. (RGBl. Nr. 118 S. 1091, ArbVers. Heft 19 S. 370) bringt mit Wirkung vom 1. August d. J. ab eine Erhöhung der Beiträge um das Fünffache in der ersten und das Drei- bis Vierfache in den vier anderen Lohnklassen. Während die Erhöhung der Beiträge bei Einführung der Hinterbliebenenversicherung am 1. Januar 1912 bei der höchsten Lohnklasse 10, bei den andern Lohnklassen aber nur 2 bis 8 ₰ und bei Herabsetzung der Grenze für die Altersrente von 70 auf 65 Jahre in allen Lohnklassen nur 2 ₰ ausmachte, beträgt sie jetzt ein Vielfaches der Beiträge selbst.

Es hat sich gezeigt, daß bei jeder Erhöhung der Beiträge zur Invalidenversicherung auch noch über den Einführungstag der neuen Marken hinaus alte Marken in beträchtlicher Zahl verwendet worden sind. Es besteht die Vermutung, daß dies auch nach dem 1. August d. J. in verstärktem Maße der Fall sein wird. Einmal ist der Wertunterschied zwischen den alten und neuen Marken so groß, daß viele Arbeitgeber und Versicherte allein aus wirtschaftlichen Gründen noch weiter Marken alter Art verwenden werden in der nicht ganz unberechtigten Annahme, daß der Verstoß gegen die Beitragsleistung nicht gefunden werde, und zum andern wird die in allen Bevölkerungsschichten gelockerte Moral dazu beitragen, daß die Bestimmungen nicht so beachtet werden, wie es vor dem Kriege der Fall war.

Während bei der ersten Erhöhung der Beiträge am 1. Januar 1912 stets eine Berichtigung der mit dem 31. Dezember 1911 außer Kurs gesetzten Marken erforderlich

war, weil sich aus den neuen Marken weitergehende Rechte — Hinterbliebenenversorgung — für die Versicherten ergaben, hatte die Neuordnung zum 1. Januar 1917 nur finanzielle Bedeutung für die Versicherungsträger. Die Rechte der Versicherten wurden dadurch nicht berührt. In letzterem Falle haben die Versicherungsanstalten wohl ausnahmslos nur dann den Wertunterschied eingezogen und eine Markenberichtigung vorgenommen, wenn es sich um eine größere Zahl von Marken handelte. In der überwiegenden Zahl der Fälle ist in Anbetracht des umständlichen Verfahrens und der erheblichen Portokosten aus Zweckmäßigkeitsgründen davon abgesehen worden. Dieses Verhalten der Versicherungsträger war nach meinem Dafürhalten durchaus gerechtfertigt und zweckmäßig. Die Versicherungsanstalten hätten sich einfach lächerlich gemacht, wenn sie beispielsweise den Wertunterschied zwischen einer Marke alten und neuen Wertes gleich 2 ₰ eingefordert und dafür außer der umständlichen Arbeit noch 50 ₰ Porto — für Einziehung und Zurücksendung der Quittungskarte und Einziehung des Wertunterschiedes — aufgewendet hätten. Gegenwärtig ist die Sachlage gegenüber dem Zustande von 1917 ganz wesentlich verändert. Einmal ist die Bestimmung getroffen, daß nach dem 1. August d. J. Marken alter Art nicht mehr verwendet werden dürfen und zum zweiten ist der Unterschiedsbetrag selbst bei einigen Marken schon so bedeutend, daß sich die Einziehung lohnt.

Für die Versicherungsträger ist es von allergrößter Bedeutung, daß sich das Berichtigungsverfahren auf die einfachste Weise abspielt. Soviel mir bekannt, war und ist es auch jetzt noch bei den meisten Versicherungsanstalten üblich, daß nach Einziehung des Wertunterschiedes die alten Beitragsmarken in den Quittungskarten vernichtet und durch die gleiche Anzahl neuer Marken ersetzt wurden. Die vernichteten Marken werden in eine Nachweisung eingetragen und nach erfolgter Prüfung der Stelle erstattet, die die Berichtigung vorgenommen hat. Bei einigen Versicherungsanstalten ist es Gebrauch, daß der volle Wert der Marken neuer Art von der berichtigenden Stelle eingezogen und dann die Berichtigung vorgenommen wird. Die Quittungskarte, die die alten Marken enthält, wird in solchen Fällen stets aufgerechnet und mit der Akte an die in Betracht kommende Versicherungsanstalt eingesandt. Hier wird dann die Eintragung in die Nachweisung vorgenommen und nach Erledigung aller Förmlichkeiten und stattgehabter Prüfung dem Berechtigten der Wert der alten Marken aus der Kasse der Versicherungsanstalt erstattet. In gleicher Weise wird verfahren, wenn es sich um eine Berichtigung von Beitragsmarken einer zu niedrigen Lohnklasse handelt. Daß das zuerst geschilderte Verfahren wesentlich einfacher ist, als das zweite, leuchtet ohne weiteres ein. Zweifelhaft ist aber, ob es sich bei allen Versicherungsanstalten durchführen läßt.

Die nach dem 1. August d. J. in Aussicht stehenden zahlreichen Berichtigungen zwischen Marken alten und neuen Werts der gleichen Lohnklasse lassen es wünschenswert erscheinen, nach einem Verfahren zu suchen, nach welchem die Richtigstellung auf einfache Weise stattfinden kann. Hieran haben nicht nur die Versicherungsanstalten, ihre Kontrollbeamten, die Versicherungsämter usw., sondern auch die in Betracht kommenden Arbeitgeber und Versicherten das größte Interesse. Die jetzt üblichen Berichtigungsarten erfordern viel Arbeit und verursachen beträchtliche Kosten und Weiterungen. M. E. würde eine ganz wesentliche Vereinfachung erzielt werden, wenn in jeder Lohnklasse Ausgleichmarken hergestellt und diese bei unrichtiger Beitragsleistung zu den Quittungskarten verwendet würden. Das Verfahren ist aber nur angängig, wenn es sich um Marken der gleichen Lohnklasse handelt. Es müßten Ausgleichmarken zu 72 ₰ für die erste, 74 ₰ für die zweite, 76 ₰ für die dritte, 78 ₰ für die vierte und 90 ₰ für die fünfte Lohnklasse angefertigt werden. Die meisten

Berichtigungen werden in den beiden höchsten Lohnklassen vorgenommen werden müssen, weil die Mehrzahl aller Versicherten diesen Klassen gegenwärtig angehört. Die Marken müßten die gleiche Farbe haben wie die Beitragsmarken und etwa halb so groß sein, wie diese. Sie müssen entweder den Namen oder die Nummer der Versicherungsanstalt tragen, der Wert braucht aber nicht aufgedruckt zu sein, da aus der Farbe ja hervorgeht, für welche Lohnklasse sie zum Ausgleich dienen sollen und der Wertunterschied dem den Ausgleich Vornehmenden bekannt ist bzw. von ihm leicht ermittelt werden kann. Die Ausgleichmarken sollen nicht in die Quittungskarte selbst, sondern auf die Rückseite derselben geklebt werden. Auch für diejenigen Versicherungsanstalten, die die abgelieferten Quittungskarten mit der Rückseite in Personalakten festkleben, wird durch das Verfahren keine Schwierigkeit entstehen. Solche rückseitig beklebten Karten lassen sich sehr gut in einem an der Akte festgeklebten Briefumschlage aufbewahren. Bei Aufrechnung der Quittungskarte werden die Ausgleichmarken von der Aufrechnungsstelle **nicht** berücksichtigt; es wird gehandelt, als wenn die Marken nicht da wären. Auch bei Eintritt des Versicherungsfalles werden sie bei Festsetzung der Leistungen nicht in Betracht gezogen. Dieser Weg ist gangbar, weil die Rechte der Versicherten durch diese Ausgleichmarken in keiner Weise berührt werden. Die Ausgleichmarken in die Innenseite der Quittungskarte auf etwaige leere Felder oder an eine andere Stelle zu kleben, ist unzweckmäßig, weil dadurch bei der Aufrechnung leicht Irrtümer entstehen würden; sie auf die zu berichtigenden Beitragsmarken selbst zu kleben, ist weder tunlich, noch in allen Fällen möglich, und zwar deshalb nicht, weil der Name der Versicherungsanstalt auf den Marken dadurch in vielen Fällen nicht oder nicht ohne Schwierigkeiten zu erkennen wäre, und weiter die Marken zu Zwei- und Dreizehnwochen keinen ausreichenden Platz zum Aufkleben der Ausgleichmarken bieten. Auch Ausgleichmarken für diese Werte herzustellen, dürfte sich in Anbetracht der hohen Herstellungskosten und auch aus anderen, hier nicht näher zu erörternden Gründen nicht empfehlen.

Die Ausgleichmarken müßten von den Versicherungsanstalten beschafft und an die interessierten Behörden und Kreise gegen Einlieferung des Wertes **direkt** abgegeben werden. Da mit den Marken kein Unfug zum Nachteil der Versicherungsanstalten, der Arbeitgeber und Versicherten getrieben werden kann, darf man sie unbedenklich jedem einhändigen, der den Wert dafür einbezahlt. Diese Marken durch die Postanstalten zu verkaufen, dürfte nicht angängig sein. Die Zahl der an den Schaltern vorrätig zu haltenden Wertzeichen ist zur Zeit schon so groß, daß es erhebliche Schwierigkeiten machen würde, sie noch um weitere fünf Werte zu vermehren. Schon aus diesem Grunde wird das Reichspostministerium sich hierzu ablehnend verhalten. Zweckmäßig wird es sein, wenn die Quittungskartenausgabestellen, die Versicherungsämter und die Kontrollbeamten der Versicherungsanstalten solche Marken führen; es läßt sich dann jederzeit und ohne Weiterungen die Berichtigung vornehmen. Die Gemeinden könnten den Ausgabestellen für derartige Zwecke einen Vorschuß gewähren und ihnen die Pflicht auferlegen, für das Nachkleben der Ausgleichmarken einzutreten. Da nach Ablauf einiger Jahre die Verwendung alter Marken nur noch ganz vereinzelt vorkommen wird, werden auch die Ausgabestellen der Quittungskarten durch eine solche Maßnahme nicht allzusehr belastet.

Ob man für die Ausgleichmarken auch den Entwertungszwang vorschreiben will oder nicht, muß der Erwägung überlassen bleiben. Zweckmäßig, aber nicht unbedingt geboten wird es sein, weil die Gefahr, daß die Marken von der Karte losgelöst und wieder zu anderen Karten verwendet werden, äußerst gering ist. Es müssen verschiedene Umstände zusammentreffen, eine solche Handlungsweise zu ermöglichen. Das vorstehende Verfahren ist so einfach, daß es sich empfiehlt, es allgemein einzuführen. Einen besseren Weg,

zum Ziele zu kommen, gibt es meines Erachtens nicht. Es ist allerdings nicht zu verkennen, daß das vorgeschlagene Verfahren bei wörtlicher Auslegung des ersten Absatzes des Artikels V des Gesetzes vom 20. Mai d. J. unzulässig ist. Hier heißt es: „Für die Zeit nach dem 1. August 1920 dürfen Marken in den Werten nicht mehr verwendet werden, die nach § 1392 RVO. in der Fassung des Gesetzes, betr. Renten in der Invalidenversicherung vom 12. Juni 1916 (RGBl. S. 525) vorgesehen sind." Nach meinem Dafürhalten ist das Reichsversicherungsamt aber sehr wohl in der Lage, die Bestimmung dahin auszulegen, daß in dem von mir vorgeschlagenen Verfahren ein Verstoß gegen das Gesetz nicht gefunden wird. Sollte das Reichsversicherungsamt aber einen anderen Standpunkt einnehmen, so wäre es ein leichtes, durch eine Verordnung auf Grund des § 1 des Gesetzes über die vereinfachte Form der Gesetzgebung für Zwecke der Übergangswirtschaft vom 17. April 1919 (RGBl. S. 394) diese Regelung für zulässig zu erklären. Eine solche Verordnung genügt allen Anforderungen. Hier wie sonst muß der Grundsatz Geltung finden, daß es nicht darauf ankommt, den toten Buchstaben des Gesetzes zu erfüllen, sondern daß der Zweck des Gesetzgebers auf die einfachste Weise verwirklicht wird.

Da sich auch nicht einmal annähernd übersehen läßt, wieviel Berichtigungen erforderlich werden, wäre es zweckmäßig, wenn von den einzelnen Versicherungsanstalten nicht zu große Mengen von Ausgleichmarken hergestellt würden. Die Klischees der Marken könnten verwahrt und bei Mehrbedarf zu Nachdrucken verwendet werden. Sollte es technisch ohne große Weiterungen durchführbar sein, daß für das ganze Reich gleiche Unterschiedsmarken gedruckt und nachträglich die Nummer der Versicherungsanstalt nachgefügt werden können, so würden sich die Herstellungskosten ganz bedeutend herabdrücken lassen. Damit wäre dann auch die Gefahr beseitigt, daß für einige Versicherungsanstalten zuviel Marken gedruckt würden. Die Marken könnten meines Erachtens ganz einfach gehalten sein, da die Gefahr des Nachmachens kaum besteht.

Die Ausgleichmarken müssen für jede Versicherungsanstalt besonders gekennzeichnet sein, weil die Einnahmen aus diesen Marken derjenigen Anstalt zufließen müssen, auf deren Namen die auszugleichenden Beitragsmarken lauten.

Darüber, wie sich das Berichtigungsverfahren bei den Sonderanstalten, die die Beiträge in bar erheben, am einfachsten durchführen läßt, wage ich ein Urteil nicht abzugeben. Für die Seekasse, die ebenfalls Beitragsmarken führt, könnte vorstehendes Verfahren ohne weiteres Anwendung finden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Teuerungszulagen als Entgelt.

Bescheid des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 26. Juni 1920 (HMBl. S. 215).

Das Reichsversicherungsamt hat zu der angeregten Frage bereits in der Revisionsentsch. Nr. 2385 (Amtl. Nachr. 1917 S. 590) dahin Stellung genommen, daß Teuerungszulagen im allgemeinen zum Entgelt im Sinne der Reichsversicherungsordnung gehören, da unter dem Entgelt alle vermögenswerten Vorteile fallen, die dem Beschäftigten als Vergütung für seine Arbeit tatsächlich gewährt werden. Auch die Teuerungszulagen fließen den Beschäftigten nicht außerhalb ihres Beschäftigungsverhältnisses zu, sondern sie erfolgen aus Anlaß der Tätigkeit im Betriebe des Arbeitgebers und als Gegenleistung für diese Tätigkeit. Dementsprechend müssen Teuerungszulagen auch in das Gesamteinkommen im Sinne der Verordnung über die Kriegswochenhilfe sowie des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 (RGBl. S. 1069) eingerechnet werden.

Einfluß der neuen Grundlohnfestsetzung auf Sterbegeld im Falle des § 311 RVO.

Urteil des **Versicherungsamts Hamburg** vom 9. August 1920 (1405/20).

Der Schwiegervater des Klägers war bis zum 8. März 1920 versicherungspflichtig beschäftigt und Mitglied der beklagten Krankenkasse. An diesem Tage mußte er wegen einer schweren Erkrankung seine Beschäftigung aufgeben. Er starb am 14. Juni 1920. Der Kläger hat die Beerdigungskosten getragen und ein Sterbegeld von 300 *M* von der Beklagten erhalten. Dies ist nach dem Grundlohn von 10 *M* berechnet, der bis zum 8. März 1920 nach der damals geltenden Satzung für den Verstorbenen maßgebend war. Mit Wirkung vom 7. Juni war jedoch der Grundlohn für die Mitglieder mit einem Tagesarbeitsverdienst von mehr als 28 *M* auf 30 *M* erhöht worden. Da der Verstorbene zuletzt mehr als 30 *M* arbeitstäglich verdient hatte, meint der Kläger, daß das Sterbegeld für den nach dem 7. Juni eingetretenen Sterbefall nach diesem neuen Grundlohn zu berechnen sei und danach 900 *M* betragen müßte. Die Kasse hat sich geweigert, mehr als 300 *M* zu zahlen. Das Versicherungsamt hat den Mehranspruch des Klägers abgewiesen aus folgenden Gründen:

Der Standpunkt der Beklagten erscheint richtig. Allerdings handelt es sich hinsichtlich des Anspruchs auf Sterbegeld bei dem Todesfall um einen selbständigen Versicherungsfall. Der Anspruch auf die Kassenleistungen ist daher grundsätzlich nach den Versicherungsverhältnissen und Normen zu beurteilen, die zur Zeit des Todes bestanden. Die vor dem Todesfall des Versicherten in Kraft getretenen Normen über die Grundlöhne haben aber in diesem besonderen Falle trotzdem für ihn keine Geltung erlangt. Denn die erhöhten Grundlöhne konnten und sollten nur für solche Mitglieder Anwendung finden, welche derzeit noch in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis standen oder neu in ein solches eintreten und auf Grund ihrer Beschäftigung und ihres Arbeitsverdienstes noch beitragspflichtig sind oder wieder beitragspflichtig wurden. Für Kassenmitglieder, die nicht mehr in einem versicherungspflichtigen Lohnarbeitsverhältnis stehen und erwerbslos sind, trotzdem aber Mitglieder der Kasse geblieben sind, kann grundsätzlich das Versicherungsverhältnis nur in der Weise weiterbestehen, wie es zuletzt auf Grund des Arbeitsverhältnisses bestand. Dieser Grundsatz, der für erwerbslose freiwillig Weiterversicherte allgemein anerkannt ist, muß in noch stärkerem Maße für die erwerbslos Kranken gelten, die nach § 311 RVO. ohne weiteres Mitglieder bleiben, solange sie von der Kasse unterstützt werden. Ebenso wie der nach § 313 RVO. freiwillig Weiterversicherte grundsätzlich in seiner bisherigen Lohnstufe verbleiben muß, so muß auch das erwerbslos kranke Mitglied bei seinem bisherigen Grundlohnsatz verbleiben. Dies entspricht um so mehr der Rechtslage des erwerbslos kranken Mitgliedes, als es keine Beiträge zu leisten hat und die Erhaltung der Mitgliedschaft für die Dauer seines Unterstützungsrechts nach der Absicht des Gesetzgebers es nur im Besitz aller Rechte lassen soll, die es bisher auf Grund seiner früheren Mitgliedschaft sich erworben hatte. Es würde dieser Absicht des Gesetzgebers widerstreiten, wenn durch spätere Satzungsänderungen das Versicherungsverhältnis dieser formalen Mitglieder, die ohne Beitragspflicht noch die Vorteile ihres früheren Versicherungsverhältnisses genießen sollen, geändert werden könnte, sei es, daß die Leistungen auch für diese Mitglieder erhöht, sei es, daß sie herabgesetzt werden. Demgemäß muß auch eine andere Festsetzung der Grundlöhne für die erwerbslos kranken Mitglieder außer Anwendung bleiben, solange sie nicht wieder Lohnarbeit verrichten oder nach Wiedereintritt ihrer Arbeitsfähigkeit oder nach ihrer Aussteuerung ihre freiwillige Weiterversicherung bewirken und alsdann wieder Beiträge entrichten. Der Grundsatz, daß bei schwebenden Unterstützungsansprüchen die Normen der bei deren Eintritt bestehenden Satzung fortgelten, unbeeinflußt durch spätere Änderungen der Satzung, gilt daher auch für neue Unterstützungsansprüche von Kassenmitgliedern, die lediglich auf Grund des § 311 RVO. Mitglieder geblieben sind. § 211 RVO. läßt Ausnahmen von diesem Grundsatz durch das Statut nur in beschränktem Maße für schwebende Unterstützungsansprüche zu. Für neue Unterstützungsfälle erwerbslos kranker Mitglieder dürften aber abweichende Satzungsbestimmungen, die die Rechtslage dieser Versicherten ändern würden, mangels einer gleichen gesetzlichen Bestimmung nur insoweit ausgeschlossen sein, als sie die Leistungen mindern. Erhöhungen der Leistungen aber, wozu auch die Zuteilung zu höheren Lohnstufen und die Festsetzung höherer Grundlöhne gehört, würden die Satzungen kraft des Rechtes der Autonomie wohl zulassen können. Wenn sie aber keine ausdrücklichen Bestimmungen für die Anwendung der neuen günstigen Satzungsvorschriften auf die nicht beitragspflichtigen kranken Mitglieder getroffen haben, so muß es bei der Rechtsregel verbleiben, daß die späteren Leistungsänderungen für diese nur noch formal versichert gebliebenen Mitglieder keine Geltung haben. (Vgl. die Auskunft in der „Arbeiter-Versorgung" 1920 S. 400 Ziff. 10, anscheinend auf diesen Fall bezüglich.) Das Reichsversicherungsamt hat allerdings in einem ganz gleichliegenden Fall (Amtl. Nachr. 1919 S. 353, „Arbeiter-Versorgung" 1919 S. 492) entschieden, daß das Sterbegeld nach dem zur Zeit des Todes geltenden erhöhten Grundlohn zu bemessen ist. Diese Entscheidung geht aber lediglich davon aus, daß für den Anspruch aus § 201 RVO. auf Sterbegeld der Tod des Versicherten der Versicherungsfall ist, und folgt ohne weiteres aus diesem Grundsatz, daß die Erhöhung des Sterbegeldes vor dem Tode daher dem Versicherten noch

zugute kommen muß. Von demselben Grundsatz geht auch das Versicherungsamt in dieser Entscheidung aus, kommt aber auf Grund der obigen weiteren grundsätzlichen Erwägungen zu dem gegenteiligen Ergebnis, daß in solchem Falle, in dem der Versicherte lediglich auf Grund des § 311 RVO. Mitglied geblieben ist und vor Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit und Beitragspflicht ein neuer Unterstützungsfall eintritt, eine Änderung des Grundlohns seinen neuen Versicherungsanspruch nicht berührt, dieser vielmehr sich nur nach dem Grundlohn bemißt, der vor Eintritt seiner Arbeitsunfähigkeit bestand, es sei denn, daß die Satzung ausdrücklich etwas anderes bestimmt. Das Versicherungsamt weicht daher in dieser Entscheidung nicht von dem in der Entscheidung des Reichsversicherungsamts aufgestellten Grundsatz ab, sondern gelangt auf seiner Grundlage zu seiner abweichenden Entscheidung auf Grund eines Untersatzes, der in einem weiteren allgemeinen Rechtsgrundsatz seine Stütze findet.

Der Mindestbetrag des Sterbegeldes nach § 204 RVO.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 13. Juli 1920 (II. K. 33/20).

Der Kassenausschuß hatte folgende Satzungsänderung beschlossen: „Als Sterbegeld wird beim Tode eines Mitgliedes das Dreißigfache des Grundlohnes, mindestens aber ein Betrag von 50 ℳ, nach halbjähriger Mitgliedschaft wird das Vierzigfache des Grundlohnes, mindestens aber ein Betrag von 75 ℳ gezahlt." Das Oberversicherungsamt hat die Genehmigung dieser Änderung versagt. Die hiergegen von der Kasse erhobene Beschwerde ist vom Reichsversicherungsamt zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Es konnte hier dahingestellt bleiben, ob die Bemerkung des Oberversicherungsamts, daß die Festsetzung eines Betrages von 50 ℳ für das Sterbegeld, soweit sehr niedrige Grundlöhne in Betracht kommen, den Bedürfnissen genügen könne, im Hinblick auf die allgemeine Preissteigerung wirklich zutrifft. Denn hierauf kommt es bei der Entscheidung der vorliegenden Rechtsfrage nicht an. Es handelt sich vielmehr nur darum, ob das Gesetz in der jetzt maßgebenden Fassung Spielraum läßt, den Mindestbetrag des Sterbegeldes höher als 50 ℳ festzusetzen. Dies kann nicht angenommen werden. Mehrleistungen sind nach § 179 Abs. 3 RVO. nur soweit zulässig, wie es das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung vorsieht. Stellt also § 204 RVO. eine bestimmte Obergrenze für den Mindestbetrag des Sterbegeldes auf, so ist die Kasse nicht befugt, einen hierüber hinausgehenden Betrag festzusetzen. Eine derartige Schranke hat das Gesetz in der Tat aufgestellt. Denn es schreibt in § 204 a. a. O. vor, daß der Mindestbetrag des Sterbegeldes „auf fünfzig Mark" festgesetzt werden kann. Nach der bestimmten und unzweideutigen Fassung der Vorschrift ist hiernach kein Raum für eine Höherbemessung des Sterbegeldes, wenigstens soweit die satzungsmäßige Bestimmung eines Mindestbetrages in Frage kommt. Für die Festlegung einer derartigen gesetzlichen Höchstgrenze sprechen übrigens gewichtige Gründe. Sie ist notwendig, weil andernfalls die Kasse rechtlich nicht gehindert wäre, den Mindestbetrag im wesentlichen beliebig, jedenfalls so weit hinaufzusetzen, daß der überhaupt zulässige Höchstbetrag des Sterbegeldes (das Vierzigfache des höchsten Grundlohns; zu vgl. § 204 RVO. erster Satzteil) nahezu erreicht würde. Diese Möglichkeit könnte zu einer Gefährdung der Leistungsfähigkeit der Kassen führen. Dies um so mehr, als die Festsetzung des Mindestbetrages nicht an die Zustimmung des Oberversicherungsamts geknüpft ist, das infolgedessen nicht in der Lage wäre, einer unzweckmäßigen Ausdehnung dieser Leistung durch die Satzung entgegenzutreten. Da somit nach geltendem Recht der Mindestbetrag des Sterbegeldes nicht höher als 50 ℳ bemessen werden darf, mußte die Beschwerde der Kasse als unbegründet zurückgewiesen werden.

Anmerkung: Dem Wunsche des Einsenders gemäß haben wir Herrn Geheimen Justizrat Hahn um eine Äußerung über die Entscheidung ersucht. Er schreibt uns:

Nach § 201 RVO. wird als Sterbegeld das Zwanzigfache des Grundlohns gezahlt (der für das verstorbene Mitglied zur Zeit seines Todes maßgebend war; Entsch. des RVA. 2531 Amtl. Nachr. 1919 S. 353, ArbVers. 1919 S. 492). Nach § 204 kann die Satzung das Sterbegeld bis zum Vierzigfachen des Grundlohnes erhöhen, auch den Mindestbetrag auf 50 ℳ festsetzen. Aus diesen beiden Vorschriften ergibt sich als Regel, daß das Sterbegeld als ein bestimmtes, für alle Mitglieder gleiches Vielfache des Grundlohnes im Rahmen des Zwanzig- bis Vierzigfachen festzusetzen ist. Hiervon läßt aber § 204 eine Ausnahme zu: nicht dahin, daß die Satzung von der Bestimmung des Sterbegeldes durch ein Vielfaches des Grundlohnes absehen und feste Beträge für das Sterbegeld der einzelnen Klassen von Mitgliedern festsetzen dürfte, sondern nur dahin, daß für alle Fälle, in denen das satzungsmäßig vorgesehene Vielfache des maßgebenden Grundlohns den Betrag von 50 ℳ nicht erreicht, eine Erhöhung auf diesen Betrag bestimmt werden kann. Dies ist gemeint, wenn der zweite Satzteil des § 204 sagt, daß der Mindestbetrag auf 50 ℳ festgesetzt werden kann. Es ist zuzugeben, daß der Wortlaut zu der Meinung verleiten kann, die Satzung dürfe das Sterbegeld auf mindestens 50 ℳ, also auch auf einen höheren Betrag festsetzen; aber der Zusammenhang der §§ 201 und 204 läßt kaum einen Zweifel zu, daß gemeint ist: die Satzung kann auch bestimmen, daß das Sterbegeld mindestens 50 ℳ betragen soll und daß es daher auf diesen Betrag zu erhöhen ist, wenn es, nach dem Vielfachen des Grundlohns bemessen, diesen Betrag nicht erreichen würde. Auf einen höheren Betrag also darf es nicht erhöht werden.

Erscheint hiernach die Entscheidung richtig, so scheint mir auch das, was der Herr Einsender gegen ihre Begründung vorbringt, nicht zutreffend. Er nimmt Anstoß an der Ausführung, daß die Festlegung einer derartigen Höchstgrenze notwendig sei, um der Möglichkeit einer übermäßigen, die Leistungs-

fähigkeit der Kasse gefährdenden Erhöhung des Sterbegeldbetrages vorzubeugen. Er meint, daß es kaum einen Vorstand geben werde, der nicht ohnehin sorgfältig die Durchführbarkeit der einzuführenden Mehrleistungen mit Rücksicht auf die Leistungsfähigkeit prüfen werde. Von diesem Standpunkt aus wäre freilich jede Begrenzung der vom Gesetze zugelassenen Mehrleistungen entbehrlich, und das Gesetz hätte sich z. B. begnügen können, einfach zu bestimmen, daß Krankengeld mindestens in Höhe des halben Grundlohns gewährt wird, statt im § 182 diesen Regelbetrag und im § 191 den zulässigen Höchstbetrag zu bestimmen; aber das Gesetz steht eben, wie schon dies eine Beispiel zeigt, auf einen anderen Standpunkt, und die bemängelte Ausführung des Reichsversicherungsamts stellt hiernach nur zutreffend den Zweck der Begrenzung im Sinne des Gesetzgebers fest.

Es mag bei dieser Gelegenheit bemerkt werden, daß dagegen eine andere Entscheidung des Reichsversicherungsamts, die besagt, daß der Mindestbetrag des Sterbegeldes nach § 204 RVO. auf nicht weniger als 50 ℳ festgesetzt werden kann (Entsch. 2540 Amtl. Nachr. 1919 S. 372, ArbVers. 1919 S. 592a), recht bedenklich erscheint. Sie hat nur allenfalls den Wortlaut für sich, der aber auch nicht so zwingend ist, daß er das meines Erachtens sinnlose Ergebnis rechtfertigen könnte. Zu vgl. Hoch im ZentrBl. für Reichsvers. 1920 Sp. 97 ff.

Leistungen an Einwohner des abgetretenen Gebiets.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 2. August 1920 (HMBl. S. 234).

1. Da man von den Einwohnern des abgetretenen Gebiets nicht sagen kann, sie hätten sich nach Eintritt des Versicherungsfalls freiwillig ins Ausland begeben (§ 216 Abs. 1 Nr. 2 RVO.), ist das Krankengeld, sofern der Versicherungsfall vor dem 10. Januar 1920 eingetreten ist, bis zum Ablauf der gesetzlichen oder satzungsmäßigen Frist weiterzuzahlen. Ob § 217 RVO. sinngemäß anwendbar ist, müßte der Entscheidung der Spruchbehörden vorbehalten werden.

2. Das gleiche gilt sinngemäß für die Zahlung der Wochenhilfe. Die Vorschrift des § 205a RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 30. April 1920 (RGBl. S. 853) nach der die Gewährung der Familienwochenhilfe an die Ehefrauen und Töchter davon abhängig gemacht ist, daß sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, sofern nicht die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamts von dieser Bestimmung absieht, gilt nach § 17 Abs. 2 des bezeichneten Gesetzes nicht für Versicherungsfälle, die vor dem Tage der Verkündung des Gesetzes entstanden sind. Soweit die Krankenkasse zu leisten hat, müssen ihr die Leistungen durch das Reich zur Hälfte erstattet werden (§ 205d des Gesetzes vom 26. September 1919).

3. Mit dem Tage der Verkündung des Gesetzes vom 30. April 1920 — dem 7. Mai 1920 — fallen alle Leistungen der Wochenfürsorge an Wöchnerinnen des abgetretenen Gebiets fort, da § 9 dieses Gesetzes die Gewährung der Wochenfürsorge auf Wöchnerinnen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, beschränkt und das Gesetz nach § 17 a. a. O. am Tage seiner Verkündung in Kraft getreten ist.

Zur Versicherungsfreiheit nach § 169 Abs. 2 RVO.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 30. April 1920 (II. K. 64/19).

Nach § 169 Abs. 1 RVO. in der alten Fassung waren von der Krankenversicherungspflicht befreit alle vom Reiche, von einem Bundesstaat oder gewissen sonstigen Körperschaften Beschäftigten, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber im Erkrankungsfalle ein bestimmter Mindestanspruch auf Krankenhilfe oder gleichwertige Barleistungen gewährleistet war. Ein Unterschied zwischen beamteten und nichtbeamteten Angestellten bestand insoweit nicht. Das hat die Verordnung vom 3. Februar 1919 (RGBl. S. 191) geändert. Während für Beamte der genannten Körperschaften § 169 Abs. 1 RVO. in der alten Fassung unverändert aufrechterhalten worden ist, ist die Versicherungsfreiheit der sonstigen Beschäftigten der gedachten Arbeitgeber durch die Verordnung wesentlich eingeschränkt worden. Sie sind nach § 169 Abs. 2 RVO. in der neuen Fassung nur noch dann versicherungsfrei, wenn sie auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind. Dabei ist, wenn das im Gesetz auch nicht ausdrücklich zum Ausdruck kommt, doch als selbstverständliche Absicht des Gesetzgebers zu unterstellen, daß die Beschäftigten der in § 169 Abs. 2 genannten Art nur dann versicherungsfrei sind, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 im übrigen erfüllt sind, wenn ihnen also im Erkrankungsfalle ein Versorgungsanspruch gegen ihren Arbeitgeber in dem in Abs. 1 geregelten Umfang zusteht. Wollte man andernfalls annehmen, daß die in § 169 Abs. 2 erwähnten Beschäftigten schlechthin von der Versicherungspflicht befreit seien, so würden sie hinsichtlich der Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit wesentlich günstiger gestellt sein als die Beamten des § 169 Abs. 1, was eine wesentliche Abweichung von dem Rechtszustand vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 3. Februar 1919 bedeuten würde, und sicher nicht der Absicht des Gesetzgebers entsprochen hat (zu vgl. auch Spielhagen in Monatsschr. für Arb. und AngestVers. 1919 Sp. 225 ff.). Dementsprechend können nach der Verordnung des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe, betreffend Krankenversicherungspflicht der im Staatsdienst beschäftigten Beamten und Angestellten vom 31. Oktober 1919 (HMBl. S. 306), die in Betrieben oder im Dienste des Staates gegen

Entgelt beschäftigten nichtbeamteten Personen, die auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind, von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht nur durch Gewährleistung von Krankenhilfe oder gleichwertigen Barbezügen befreit werden, und auch die lübeckische Verordnung vom 25. Dezember 1913 geht mit Recht von derselben Voraussetzung aus.

Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit der auf Kündigung angestellten Beschäftigten des Staatsarchivs ist hiernach, daß ihnen ein Anrecht auf Ruhegehalt im Sinne des § 169 Abs. 2 RVO. in der neuen Fassung und bejahendenfalls, daß ihnen im Erkrankungsfalle ein den Anforderungen des § 169 Abs. 1 entsprechender Versorgungsanspruch gegen den Arbeitgeber zusteht. Schon der vom Gesetzgeber gewählte Wortlaut: „Anrecht auf Ruhegehalt" deutet darauf hin, daß dieser Begriff nicht gleichbedeutend ist mit der „Anwartschaft auf Ruhegehalt" im Sinne des § 1234 RVO. und des § 9 VersGes. für Angest. Das geht aber unzweideutig aus der Entstehungsgeschichte des § 1234 RVO. hervor. Während nach § 4 des Gesetzes, betr. Inv. und Altersvers., vom 22. Juni 1889, Reichs- und Staatsbeamte immer, Kommunalbeamte nur dann von der Versicherungspflicht befreit waren, wenn sie mit Pensionsberechtigung angestellt waren, also im Falle ihrer Dienstuntauglichkeit einen sofort in Kraft tretenden Anspruch auf Ruhegehalt bereits erworben hatten, erachtete § 5 Abs. 1 u. 2 InvVersGes. vom 19. Juli 1899 unter anderem die Versicherungspflicht für Reichs-, Staats- und Kommunalbeamte gleichmäßig dann für ausgeschlossen, wenn ihnen eine Anwartschaft auf Pension im Mindestbetrage der Invalidenrente gewährleistet war. An Stelle der für Kommunalbeamte erforderten Anstellung mit Pensionsberechtigung trat also für alle Beamten die Anwartschaft auf Pension. § 1234 RVO. erweiterte diese Voraussetzung der Versicherungsfreiheit noch dahin, daß außer der Anwartschaft auf Ruhegeld in bestimmter Höhe noch eine solche auf Hinterbliebenenrente gewährleistet sein muß. Hieraus geht klar hervor, daß die Anwartschaft auf Ruhegeld ein geringeres Erfordernis ist als die Pensionsberechtigung; befreit ist danach nicht nur, wer im Falle seiner Dienstuntauglichkeit sofort ein Ruhegeld zu fordern haben würde, sondern auch, wer in eine an sich mit Ruhegehaltsberechtigung ausgestattete Stelle eingerückt ist, aber den gesicherten Anspruch auf Ruhegeld erst durch Zurücklegung einer längeren Dienstzeit zu erwerben hat. Dieser Unterschied im Ausdruck, wie er bei der Entstehungsgeschichte des § 1234 RVO. klar zutage tritt, darf auch bei Abwägung der Bedeutung des § 169 Abs. 2 RVO. in der neuen Fassung nicht außer acht gelassen werden. Wenn hier der Gesetzgeber offenbar bewußt und gewollt von einem Anrecht auf Ruhegehalt spricht, so kann darunter nur die „Pensionsberechtigung" im Sinne des § 4 Ges., betr. Inv. und Altersvers., vom 22. Juni 1889, also der im Falle der Dienstuntauglichkeit sofort in Kraft tretende Anspruch auf Ruhegehalt verstanden sein (zu vgl. Hoffmann, Kommentar zur RVO., Anm. 10 zu § 169; ArbVers. 1919 S. 217 f.; Anleitung des RVA. vom 26. April 1912, Amtl. Nachr. S. 720 ff. Ziff. 26 und 35).

Da die eingangs erwähnten Angestellten des Staatsarchivs nach dem lübeckischen Gesetz vom 30. Dezember 1912 sämtlich einen Pensionsanspruch noch nicht erworben haben — zur Zeit haben sie lediglich eine Anwartschaft auf Pension —, fehlt es an einer wesentlichen Voraussetzung für ihre Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 169 Abs. 2 RVO. Damit steht aber nicht ohne weiteres fest, daß die gedachten Personen krankenversicherungspflichtig sind, wie das Versicherungsamt in der angefochtenen Entscheidung ausgesprochen hat. Das Versicherungsamt hätte, bevor es der Frage der Versicherungsfreiheit nähertrat, zunächst prüfen müssen, ob und inwieweit Versicherungspflicht nach § 165 RVO. gegeben ist.

B. Zur Angestelltenversicherung.

Feststellung des Todestags Verschollener für die Beitragserstattung nach § 398 Angest. Vers. Ges.

Urteil des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** v. 22. Januar 1920 (P. 159/19).

Der § 34 Versicherungsges. für Angest. steht in Zusammenhang mit § 33, wonach die gesetzlichen Leistungen auch dann gewährt werden, wenn der Versicherte verschollen ist. Zu diesen gesetzlichen Leistungen gehört auch, wie bemerkt, die Beitragserstattung nach § 398 a. a. O. Auch der Zweck des § 34 Satz 1 rechtfertigt die hier vertretene Ansicht. Diese Vorschrift will für die Todeserklärung Verschollener die gleichen Erleichterungen wie die Vorschriften der §§ 1265, 1266 RVO. gewähren (zu vgl. Begr. zum Versicherungsges. für Angest. S. 107). Über den Zweck des § 1265 führt die Begr. zur RVO. (S. 401) folgendes aus: „Da die Todeserklärung nach §§ 13 bis 19 BGB. im allgemeinen erst nach 10 Jahren zulässig ist, so kann die Gewährung von Hinterbliebenenbezügen nach dem 4. Buche nicht von der Todeserklärung abhängig gemacht werden. Die Voraussetzungen müssen leichter erfüllbar sein, wenn die Hinterbliebenen rechtzeitig in den Besitz ihrer Bezüge kommen sollen. Auf der anderen Seite muß tunlichst verhütet werden, daß eine Bewilligung ge-

schieht, ehe der Versicherte wirklich gestorben ist." Wenngleich hier nur von Hinterbliebenenbezügen nach dem 4. Buche der RVO. die Rede ist, so treffen doch diese Erwägungen sinngemäß auch auf die Beitragserstattung nach § 398 Versicherungsges. für Angest. zu. Bei dieser Sachlage kann auf den rein äußerlichen Umstand, daß die §§ 33, 34 Versicherungsges. für Angest. in denjenigen Abschnitt des Gesetzes aufgenommen sind, welcher die Überschrift „Hinterbliebenenrenten" trägt, sowie darauf, daß im § 34 Satz 2 für die Hinterbliebenen der auf See Verschollenen Sondervorschriften für den Beginn der Rente getroffen sind, kein entscheidendes Gewicht gelegt werden. Die Vorschrift des § 34 Satz 1 ist daher auch auf die Beitragserstattung nach § 398 zu beziehen (ebenso Mentzel-Schulz-Sitzler Anm. 3 zu § 33, sowie Laß in Monatsschr. für Arb. und AngestVers. 1916 S. 339, Hartmann ebenda 1918 S. 88, und Dersch ebenda 1918 S. 338). Hiernach hätte der Rentenausschuß den Todestag des verschollenen Otto Z. festsetzen müssen. Eine jeden Zweifel ausschließende Feststellung des Todestages ist jedoch in dem Bescheide des Rentenausschusses vom 12. August 1919 nicht getroffen. Denn wenn dort ausgeführt ist, daß der Versicherte seit dem 24. Oktober 1916 verschollen, der Anspruch aber nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Verschollenen geltend gemacht sei, so ist nicht klar ersichtlich, ob der Todestag auf den 24. Oktober 1916 oder auf welchen Tag sonst festgesetzt werden sollte. Der Bescheid des Rentenausschusses war somit wegen wesentlichen Mangels des Verfahrens aufzuheben und die Sache an den Rentenausschuß zurückzuverweisen.....

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Schadenersatzanspruch der Krankenkasse wegen Verletzung eines Versicherten durch einen Hund.

Urteil des **Landgerichts Wiesbaden** v. 20. Mai 1920.

Der erste Richter führt in den Entscheidungsgründen zutreffend aus, der Beklagte habe seinen Hund in seinem Hofe so unterbringen müssen, daß er Leute die wie die G. den Durchgang von der Kirchgasse zur Kuhgasse benutzten, nicht anfallen und verletzen konnte. Dies hat der Beklagte aber unterlassen, ihn trifft daher, und zwar allein, ein Verschulden an dem hier in Rede stehenden Unfall der Zeugin G., und daher ist der Beklagte für den dadurch entstandenen Schaden auch verantwortlich. Jedenfalls kann der Beklagte damit nicht gehört werden, daß die G. nicht befugt gewesen sei, den Durchgang zu benutzen, da es sich um Privateigentum handele, und zwar um Privateigentum von ihm, dem Beklagten und seinen Nachbarn. Der Durchgang ist seither jedermann gestattet gewesen.... Noch von keiner Seite ist früher, wie die Zeugen bekunden, Widerspruch erhoben worden. Erst jetzt im Sommer 1919, also um die Zeit, in der das erstinstanzliche Urteil verkündet wurde, hat der Beklagte es für gut befunden, an der Giebelwand seines Hauses eine Aufschrift des Inhalts anbringen zu lassen: „Durchgang verboten". Also daraus, daß die G. den Durchgang benutzt hat, kann der Beklagte nichts für sich herleiten. Es ist aber auch nicht richtig, daß der G., wie der Beklagte weiter geltend macht, ein Verschulden zur Last fällt.... Es kommt für die Entscheidung aber auch nicht darauf an, ob G. mehr oder weniger nach rechts in den Hof hineingeraten ist, unter keinen Umständen durfte der Beklagte, wie die klagende Ortskrankenkasse zutreffend ausführt, den Hund in seinem unverschlossenen und daher jedermann zugänglichen Hofe so unterbringen, daß der Hund jemand anfallen konnte. Die Hundehütte befindet sich nach dem Augenscheinsprotokoll hinter einem vorspringenden Teile des dem Beklagten gehörigen Hauses, so daß sie von den Passanten auf den Wegen von der Kirchgasse zur Kuhgasse, wenn sie sich nicht nach rechts ausdrücklich umsehen, überhaupt nicht wahrgenommen werden kann. Jedenfalls braucht niemand, der in den offenstehenden Hof des Beklagten gelangt, dort einen Hund, vor dem Vorsicht geboten ist, zu vermuten. Der Beklagte macht der G. zu Unrecht einen Vorwurf daraus, daß sie bei der Dunkelheit den ihr unbekannten Durchgang benutzt und nicht einmal eine Laterne bei sich getragen habe. Er behauptet, daß er nicht damit habe rechnen können, daß man von dem genannten Wege aus in seinen Hof gelangen könne. Dies ist aber unrichtig, da der Hof unstreitig nicht abgesperrt ist und an einem jedermann zugänglichen Wege liegt. Was die G. angeht, so hatte sie schon deshalb keine Veranlassung zur besonderen Vorsicht, weil, wenn ihr der Durchgang auch unbekannt war, sie in Begleitung ihrer Freundin Anna W. gewesen ist, die den Durchgang kannte. Dazu kommt, daß der Beklagte wußte, daß sein Hund bissig ist. Er sagt selbst, daß der Hund schon Leute, die vom Durchgang aus abgewichen und in die Nähe des Hundes gekommen seien, gebissen habe. Solche Vorkommnisse hätten den Beklagten hinsichtlich seines Hundes erst recht vorsichtig machen sollen. Er hat aber keinerlei Vorkehrungen getroffen, um Fremde, die in seinen offen gelegenen Hof geraten, vor dem Hunde zu schützen, daher ist der Beklagte ersatzpflichtig. Die Höhe des Schadens ist nicht bestritten. Die Klägerin ist gemäß § 1542 RVO. zur Klage berechtigt.

Sprechsaal.

Das Betriebsrätegesetz in Anwendung auf Krankenkassen mit weniger als 20 Angestellten.

A. Reichsrechtliche Vorschriften.

1. Als Betriebe im Sinne des Betriebsrätegesetzes vom 4. 2. 20 gelten auch die Verwaltungen des öffentlichen Rechts (§ 9). Dazu rechnen die Träger der Sozialversicherung, also auch die Krankenkassen.

2. Arbeitgeber bei den Körperschaften des öffentlichen Rechts sind die Vorstände. Vertretung des Arbeitgebers durch Bevollmächtigte ist zulässig (§ 14 Ziff. 2).

3. Arbeitnehmer sind Arbeiter und Angestellte nach der näheren Bestimmung des § 10. Ausgenommen sind unter anderem die öffentlichen Beamten (§ 10 Ziff. 1). Nach der Begriffsbestimmung über „Angestellte" in § 12 fallen sämtliche Angestellten einer Krankenkasse (einschließlich Boten, Krankenbesucher und Lehrling) darunter. Angestellte, die nach § 359 RVO. mit Beamteneigenschaft angestellt sind, zählen nicht zu den Angestellten.

4. Für die Betriebsvertretung gliedert das Betriebsrätegesetz die Betriebe in solche, die in der Regel mindestens 20 Arbeitnehmer beschäftigen, und in solche, die in der Regel weniger als 20, aber mindestens 5 wahlberechtigte Arbeitnehmer beschäftigen, von denen mindestens 3 wählbar sind. Erstere wählen einen Betriebsrat (§ 1) und letztere einen Betriebsobmann (§ 2).

5. Wahlberechtigt sind alle mindestens 18 Jahre alten männlichen und weiblichen Arbeitnehmer, die sich im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befinden. Wählbar sind die mindestens 24 Jahre alten, reichsangehörigen Wahlberechtigten, die nicht mehr in Berufsausbildung sind und am Wahltag mindestens sechs Monate dem Betrieb sowie mindestens drei Jahre dem Berufszweig angehören, in dem sie tätig sind (§ 20).

6. Wahl des Betriebsobmanns. Er wird von den wahlberechtigten Arbeitnehmern des Betriebes aus ihrer Mitte in geheimer Wahl mit einfacher Stimmenmehrheit auf die Dauer von einem Jahr gewählt. Wiederwahl ist zulässig. (§ 58.) Die Wahl erfolgt unter Leitung des ältesten Arbeitnehmers als Wahlleiter. (Mittels Stimmzettel; bei Stimmengleichheit entscheidet das Los) § 34 der Wahlordnung. Ein Ersatzmann ist weder im Gesetz noch in der Wahlordnung vorgesehen.

7. Aufgaben des Betriebsobmanns. (§ 92.) Er hat die Aufgaben und Befugnisse, die dem Betriebsrat (§ 66) bzw. dem Angestelltenrat (§ 78 Ziff. 1 bis 7) zustehen. Besonders hervorzuheben sind:

1. Bei Streitigkeiten mit dem Arbeitgeber Anrufung des Schlichtungsausschusses.
2. Vereinbarung von Dienstvorschriften.
3. Förderung des Einvernehmens zwischen Angestelltenschaft und Arbeitgeber.
4. Überwachung der Durchführung der zugunsten der Angestellten gegebenen gesetzlichen Vorschriften, der Tarifverträge usw.
5. Mitwirkung bei Regelung der Arbeitsverhältnisse, falls eine tarifvertragliche Regelung nicht besteht. Ausgenommen ist die Mitwirkung bei Einstellungen und Entlassungen.

B. Landesrechtliche Bestimmungen.

1. Nach § 13 Abs. 2 können die Landesregierungen bestimmen, daß gewisse Gruppen von Beamten der öffentlich-rechtlichen Körperschaften, die hinsichtlich der Dienstverhältnisse ihrer Beamten der Landesaufsicht unterstehen, als Angestellte im Sinne des Betriebsrätegesetzes zu betrachten sind. In Preußen ist durch Verordnung vom 8. 3. 1920 die Befugnis, die Bestimmung nach § 13 Abs. 2 zu treffen, dem Vorstand der Körperschaft — also den Vorständen der Krankenkassen — übertragen worden. Für die Anordnungen der Vorstände ist die vorherige Zustimmung der Staatsaufsichtsbehörde — d. i. der Regierungspräsident — erforderlich. In der Regel sind nur solche Beamte den Angestellten gleichzustellen, die die gleiche Tätigkeit ausüben wie in Privatbetrieben derselben Art Privatangestellte, und ferner solche Beamte, die als einzelne dauernd mit einer großen Anzahl von Arbeitnehmern zusammen arbeiten. Durch Ministerial-Erlaß vom 15. 5. 1920 III V 552 wird auf diese Bestimmung aufmerksam gemacht. Zweck der Bestimmung ist, in gewissen Fällen die Beamten in die Betriebsvertretung der Angestellten einzugliedern, wenn z. B. die Zusammenarbeit von wenigen Beamten mit vielen Angestellten es wünschenswert erscheinen läßt.

2. Bei den Kassenverwaltungen liegen die Verhältnisse so, daß es für die Tätigkeit der Angestellten belanglos ist, ob sie mit Beamteneigenschaft angestellt sind oder nicht. Ihre Interessen sind im großen und ganzen dieselben. Die Möglichkeit der Eingliederung der Kassenbeamten in die Betriebsvertretung der Angestellten bedeutet daher eine wesentliche Vereinfachung und ist daher auch wohl zweckmäßig, zumal nach dem jetzigen Recht Anstellungen mit Beamteneigenschaft ausgeschlossen sind. Eine Ausnahme aber macht die Stellung des Geschäftsführers, ganz gleich, ob er Beamter oder Angestellter ist. Er ist der Dienstvorgesetzte der anderen Kassenbeamten und -angestellten. Er trägt — wenn auch nicht gesetzlich — eine nicht unerhebliche Mitverantwortung für die gesamte Kassenverwaltung. Er ist sozusagen die rechte Hand des Vorstandes bzw. des Vorsitzenden, dem auch durch die Kassensatzung Vertretungsmacht des Vorsitzenden in größerem oder geringerem Umfange übertragen ist. Er ist gerade in den Fragen der Arbeitsverhältnisse der berufene Berater und Vertreter der Interessen des Vorstandes in seiner Eigenschaft als Arbeitgeber. Er zählt ebensowenig zu den Angestellten im Sinne des Betriebsrätegesetzes wie die in § 12 Abs. 2 benannten Geschäftsführer, Betriebsleiter und Prokuristen. Zu bedenken ist auch, daß die Rechtsverhältnisse der Kassenbeamten durch die Eingliederung in die Angestelltenvertretung noch verzwickter werden, als sie ohnehin durch das Nebeneinanderbestehen der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, des Betriebsrätegesetzes und der Verordnung vom 23. 12. 1918 über Tarifverträge schon sind.

Pithan, Geschäftsführer der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Witten.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Das Reichs-Arbeitsblatt.

Vom Juli 1920 ab ist die Herausgabe des Reichs-Arbeitsblatts vom Statistischen Reichsamt auf das Reichsamt für Arbeitsvermittlung übergegangen. Vom 1. Oktober d. J. ab ist eine Umgestaltung des Reichs-Arbeitsblatts geplant. Insbesondere wird es in Zukunft Amtsblatt des Reichsarbeitsministeriums und des Reichsamts für Arbeitsvermittlung werden und wird dementsprechend in einen amtlichen und nichtamtlichen Teil gegliedert. Es wird künftig zweimal monatlich erscheinen bei einem Umfang der Nummer von etwa 80 Seiten Großquartformat. Der Bezugspreis beträgt halbjährlich (12 Nummern) 30 ℳ.

In beiden Teilen des Blattes soll der Stoff nach folgenden großen Gebieten gegliedert werden: 1. Allgemeine Fragen der Sozialpolitik; 2. Arbeitsvermittlung und Erwerbslosenfürsorge; 3. Lohn- und sonstige Arbeitsbedingungen, Tarifvertrags- und Einigungswesen; 4. Arbeitsverfassung; 5. Arbeitnehmerschutz; 6. Sozialversicherung; 7. Wohnungs- und Siedlungswesen; 8. Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge und andere Gebiete der Wohlfahrtspflege.

Der amtliche Teil soll für den Leser eine übersichtliche, zuverlässige und möglichst vollständige Sammlung der sozialpolitischen Reichsgesetzgebung werden. Von dieser Sammlung sollen nur die Gesetze und Verordnungen, die das Versorgungswesen betreffen, in gewissem Umfange ausgenommen werden. Sie sollen nur insoweit in das Reichsarbeitsblatt aufgenommen werden, als sie von Bedeutung für die allgemeine Sozialpolitik sind, während ihre vollzählige Veröffentlichung in dem zweiten Amtsblatt des Reichsarbeitsministeriums, dem Reichsversorgungsblatt, erfolgt.

Der nichtamtliche Teil, für den die Schriftleitung nur die allgemeine presserechtliche Verantwortung übernimmt, soll versuchen, die Öffentlichkeit über die Absichten des Ministeriums auf dem Gebiete der Gesetzgebung und Verwaltung fortlaufend zu unterrichten und weiteren Kreisen ein zuverlässiges Bild von den Wirkungen der Gesetze und Verwaltungsmaßnahmen auf den oben bezeichneten Gebieten zu geben. Es sollen aber auch alle Bewegungen und Fragen aus dem Gebiete der Sozialpolitik im weitesten Sinne besprochen werden. Dagegen gehören Erörterungen aus dem Gebiete der allgemeinen Politik selbstverständlich nicht zu dem Aufgabenkreise des Blattes.

Der Württembergische Landes-Arztvertrag.

Der uns vorliegende Abdruck dieses Vertrages enthält viel Interessantes und Vorbildliches. Aus dem reichen Inhalt kann hier nur einiges hervorgehoben werden. Namentlich solchen Kassen, die die Einführung organisierter freier Arztwahl in Erwägung ziehen, ist zu empfehlen, sich einen Abdruck des Vertrages zu verschaffen, der diese gerade in Württemberg seit langer Zeit eingeführte und besonders ausgestaltete Form der ärztlichen Versorgung beibehält.

Der Vertrag ist abgeschlossen zwischen dem „Eßlinger Delegiertenverband“ württembergischer Ärztevereine und dem Württembergischen Krankenkassenverbande, der Vereinigung württemb. Betriebskrankenkassen, dem Verbande der Betriebskrankenkassen der württemb. Verkehrsanstalten und dem süddeutschen Betriebskrankenkassen-Schutzverband. Zur ärztlichen Versorgung der Kassenmitglieder und ihrer Angehörigen ist jedes Mitglied eines der dem Delegiertenverbande angehörigen Ärztevereins, das sich überhaupt zur Kassenpraxis bereit erklärt hat, berechtigt und verpflichtet. Unter allen diesen Ärzten haben die Mitglieder freie Wahl. Andere Ärzte dürfen zur Kassenpraxis nur in Notfällen zugelassen werden. Der Kassenarzt ist nicht verpflichtet, Kranke, die über zwei Kilometer von seiner Wohnung entfernt wohnen, häuslich zu behandeln, wenn ein anderer Kassenarzt näher wohnt; er ist ferner berechtigt, die Behandlung wegen übergroßer Inanspruchnahme abzulehnen, ebenso dann, wenn der Kranke die ärztlichen Anordnungen nicht befolgt oder sich ungebührlich benimmt. Die Ärzte haben, von besonderen Fällen abgesehen, Anspruch auf Sonntagsruhe und brauchen am Sonntagnachmittag Sprechstunden nicht abzuhalten.

Als Ausweis dient dem Behandlungsberechtigten der „Arztschein“, den die Kasse oder ihre Geschäftsstelle oder — nach Bestimmung der Krankenordnung unter Haftung der Kasse — der Arbeitgeber ausstellt. Der Arzt darf nicht von Kranken, die sich als kassenberechtigt ausweisen, eine besondere Belohnung verlangen. „Will ein Kassenberechtigter als Privatkranker behandelt werden, so begibt er sich damit jedes Anspruchs an die Krankenkasse.“ (Die Fassung dieses Satzes ist verfehlt und bedenklich. — Zu vgl. im übrigen über Privatbehandlung Versicherter durch den Kassenarzt: Hahn in ArbVers. 1917 S. 241 ff.)

Hingewiesen sei noch besonders auf die Bestimmungen über Vertretung des Kassenarztes, über sparsame Betätigung und sparsame Verordnungsweise, Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit, über die Vergütung für die kassenärztlichen Dienste, die grundsätzlich nach den Mindestsätzen der württemb. Gebührenordnung v. 17. 3. 99 mit einem Zuschlag von 200 % erfolgt, über die Abrechnung und Prüfung der Entlohnung, über die Einrichtungen zur Prüfung der Verordnungen und zur Krankenüberwachung, ferner über Einigungs- und Schiedseinrichtungen.

Der Vertrag ist für die Zeit bis Ende 1925 geschlossen, verlängert sich aber immer um ein Jahr, wenn er nicht bis zum 1. Juli von einer der beiden Parteien, unter Bekanntgabe ihrer Vorschläge für einen neuen Vertrag, gekündigt wird.

Sozialhygienische Akademien in Preußen.

Das Ministerium für Volkswohlfahrt hat die Städte Breslau, Charlottenburg und Düsseldorf zur Errichtung von sozialhygienischen Akademien ausersehen, um dem seit lange empfundenen Bedürfnis nach einer Fachausbildung der Medizinalbeamten und sonstigen im öffentlichen Dienst stehenden Ärzte (Kommunal-, Schul-, Fürsorge-, Kreisärzte) zu entsprechen. Die Hauptgegenstände des Unterrichts auf der Akademie — soziale Hygiene, soziale Pathologie, Gesundheits- und Krankenfürsorge, soziale Gesetzgebung, Versicherungsmedizin, ärztliche Standesorganisation — sollen in theoretischen Vorlesungen und praktischen Übungen in Kursen von viermonatiger Dauer eingehend behandelt werden. Die Akademien sind vom Ministerium ermächtigt, über den Erfolg der Ausbildung Bescheinigungen auszustellen.

Die Vorarbeiten für die Errichtung der Sozial-Hygienischen Akademie Breslau sind nunmehr abgeschlossen, und der erste Kurs wird im Oktober 1920 beginnen. Das Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung und die städtischen Behörden haben die staatlichen und städtischen Institute und Lehrmittel der Akademie zur Verfügung gestellt. Der Lehrkörper besteht aus ersten Fachleuten der Breslauer Universität und der städtischen sozialen Fürsorge. Der Akademie steht ein Kuratorium zur Seite, dem die Spitzen der Behörden und hervorragende Vertreter des Lehrkörpers angehören. Mit der Leitung der Akademie ist vom Ministerium für Volkswohlfahrt Prof. Dr. med. Carl Prausnitz betraut worden.

Lehrgänge in der Wohlfahrtspflege.

Die wachsenden Aufgaben auf allen Gebieten der Wohlfahrtspflege verlangen dringend eine sachgemäße Ausbildung und Schulung der auf diesem Gebiet tätigen Beamten und Ehrenbeamten. Zum Herbst des Jahres sollen daher Ausbildungskurse eingerichtet werden, die Unterweisung und Fortbildung auf den Gebieten der allgemeinen Fürsorge und Armenpflege, der Jugendwohlfahrt, den Gesundheits-, Wohnungs- und Arbeitsnachweisen sowie der Sozialversicherung zu bieten bestimmt sind. Die Lehrgänge werden unterhalten von den führenden Groß-Berliner Wohlfahrtsorganisationen (Rotes Kreuz, Frauengruppen für soziale Arbeit, Zentrale für private Fürsorge, Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge, Hauptausschuß für Arbeiterwohlfahrt). Die städtischen Behörden sowie die Beamtenorganisationen haben sich mit starkem Interesse an den Vorarbeiten beteiligt. Dem Vorstand des Unternehmens gehören Bürgermeister a. D. Dr. Thode, Frl. Dr. Alice Salomon, Dr. Polligkeit und Frau S. Wronsky an. Nähere Auskünfte erteilt die Geschäftsstelle, Berlin W 35, Am Karlsbad 23 I.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Wochengeld nach dem Tode der Wöchnerin.

1. Nach Rathenow. Berichtigung: Der Abdruck der Auskunft S. 478 Z. 3a beruht auf einem Versehen. Die dort angezogene Stelle bei Hoffmann, ArbVers. 1920 S. 203, gilt für das Wochenhilfegesetz in der Fassung vom 26. 9. 19. Nach dem neuen Abs. 3 des § 195b RVO. werden aber nach dem Tode der Wöchnerin „die noch fälligen Bezüge“ an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt. Es liegt nach dieser Fassung allerdings nahe, wie auch Krause in der „Ortskrankenkasse“ 1920 Sp. 328 zugibt, die Vorschrift auf die bereits fälligen, nicht auf die noch laufenden, erst fällig werdenden Bezüge zu beziehen; die Entstehungsgeschichte (zu vgl. Krause a. a. O.) spricht aber gegen diese Auslegung. Für das Wochengeld nach dem Tode der Wöchnerin gilt nach § 195b Abs. 3 entsprechend das, was wir bereits im Heft 19 S. 379 Ziff. 8 hinsichtlich der Wochenhilfeleistungen überhaupt bemerkt haben: sie sind über den Todestag der Wöchnerin hinaus bis zum Ablauf der gesetzlichen Unterstützungsdauer (aber nicht über den Tod des Kindes hinaus!) zu gewähren.

a) Zahlung der Rentenzulagen „nur für volle Kalendermonate“. b) Zahlung der Rente an Inländer im Auslande.

2. Nach Magdeburg. Frage: a) Ein Verletzter erhielt hier einen ersten Unfallrentenbescheid vom 27. Juli 1920, wodurch ihm vom 27. April 1920 bis 8. Juli 1920 100 v. H. und vom 9. Juli 1920 bis auf weiteres 50 v. H. Unfallrente zugesprochen worden sind. Nach § 10 der Verordnung über Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung vom 5. Mai 1920 werden die Unfallrentenzulagen nur für volle Monate gewährt. Wir sind nun der Ansicht, daß vom 1. Mai 1920 bis 8. Juli 1920 die Unfallrentenzulage nach der hundertprozentigen und vom 9. Juli ab nach der fünfzigprozentigen Unfallrente zu berechnen ist. Die Festsetzung der Unfallrente hatte sich dadurch verzögert, daß die Einholung des zweiten Unfallgutachtens längere Zeit gedauert hat. Wäre dem Verletzten gleich im April 1920 die Vollrente zugesprochen worden, so hätte im Juli 1920 die Vollrente durch Änderungsbescheid auf 50 v. H. herabgesetzt werden müssen, und der Verletzte hätte noch bis Ende August 1920 sowohl Vollrente als auch Vollrentenzulage beziehen müssen. Trotzdem der Verletzte am 1. Juli 1920 einen Anspruch auf Vorauszahlung seiner monatlichen Unfallrente hatte, sind wir der Ansicht, daß er für den ganzen Monat Juli 1920 keinen Anspruch auf die Vollrentenzulage hat, weil er vom 9. Juli 1920 ab nach dem ärztlichen Gutachten nur noch 50 v. H. erwerbsunfähig ist und ihm sowohl die Voll- als auch die fünfzigprozentige Unfallrente durch den ersten Unfallrentenbescheid zugesprochen worden sind. Im Monat Juli 1920 muß daher eine getrennte Berechnung der Unfallrentenzulage erfolgen. — Ebenso sind wir der Ansicht, daß auch eine getrennte Berechnung der Unfallrentenzulage erfolgen muß, wenn jemand in einem Krankenhause untergebracht ist und an Stelle der Verletztenrente Angehörigenrente festgesetzt wird; z. B. ein Verletzter bezieht 50 v. H. Unfallrente vom 22. Februar 1920 bis 21. Juli 1920, vom 22. Juli 1920 ab wird für seine Ehefrau und zwei Kinder bis 25. August 1920 Angehörigenrente in Höhe von 3/5 des Jahresarbeitsverdienstes des Verletzten festgesetzt. Da die Verletztenrente niedriger ist als die Angehörigenrente, wird diese vom 22. Juli 1920 ab gezahlt. Wir sind nun der Ansicht, daß die Unfallrentenzulage vom 1. März 1920 bis 21. Juli 1920 nach der fünfzigprozentigen Unfallrente und vom 22. Juli 1920 ab nach der Angehörigenrente, und zwar für die Ehefrau und jedes Kind besonders, zu berechnen ist; z. B. die Ehefrau erhält monatlich

40,45 *M* und jedes der beiden Kinder 40,45 *M* Angehörigenrente. 40,45 *M* sind dann für jeden der drei Rentenberechtigten mit dem betreffenden Prozentsatz zu multiplizieren und der Betrag auf volle 5 Pf. abzurunden. Getrennte Berechnung der Unfallrentenzulage muß unseres Erachtens auch dann erfolgen, wenn bei einer Witwe und vier Kindern ein Kind wegen Vollendung des 15. Lebensjahres z. B. mit dem 14. Juli 1920 ausscheidet und sich die Hinterbliebenenrenten für die Witwe und die drei Kinder am 15. Juli 1920 ändern, weil ⅗ des Jahresarbeitsverdienstes des Getöteten durch vier zu teilen sind. Die Rentenzulage für das ausscheidende Kind ist mit Ablauf des Monats Juni 1920 einzustellen, während die Rentenzulagen für die Witwe und die drei Kinder vom 1. bis 14. und vom 15. bis 31. Juli 1920 getrennt zu berechnen sind.

b) Ferner ersuchen wir um Mitteilung, ob einem Inländer, der eine Unfallrente bezieht, letztere beim Fortzug nach Amerika auf seine Gefahr und Kosten zu übersenden ist, wenn er im übrigen die vorgeschriebene Bedingung erfüllt und sich von Zeit zu Zeit dem deutschen Konsul in Amerika vorstellt, oder welche Bestimmungen etwa dagegen sprechen?

Antwort: a) Wir sind anderer Meinung. Die Vorschrift im § 10 der Verordnung vom 5. Mai 1920 (ArbVers. Heft 15 S. 293), daß die Zulage „nur für volle Kalendermonate" gewährt wird, bedeutet, daß sie nur gezahlt wird für solche Monate, während deren ganzer Dauer die Voraussetzung für ihre Gewährung gegeben ist (zu vgl. Rabeling, „Kriegsverordnungen zur Unfallversicherung", S.100, Anm. 2 zu § 5 der Bekanntmachung vom 17. 1. 18, ArbVers. S. 70), daß also die Zulage immer nur im vollen Betrage oder gar nicht, in keinem Falle aber nur zu einem Teile gezahlt wird. Wenn nun, wie im ersten der von Ihnen angeführten Fälle, für den ganzen Monat eine zulageberechtigte Rente gewährt wird, im Laufe dieses Monats aber eine Änderung der Rentenhöhe eintritt, welche im Sinne des § 2 der Verordnung vom 5. 5. 20 eine Erhöhung oder eine Minderung der Zulage nach sich ziehen müßte, so kann für den ganzen Monat nur die niedrigere Zulage gewährt werden, weil nur insoweit die Voraussetzung für die Zulage während des ganzen Kalendermonats bestanden hat. Anders liegt die Sache in dem zweiten Falle. Träger des Anspruchs auf Angehörigenrente ist nicht der Verletzte, sondern der Angehörige (zu vgl. Moesle-Rabeling, Anm. 7 zu § 598 RVO.). Wenn also im Laufe eines Kalendermonats die Verletztenrente wegfällt, weil dem Verletzten Heilanstaltspflege gewährt wird, so entfällt die Voraussetzung des Anspruchs auf eine Zulage für diesen Monat sowohl hinsichtlich der Verletztenrente als auch hinsichtlich der Angehörigenrente vollständig. Entsprechend hat bei der Hinterbliebenenrente (§ 586 Abs. 1 Ziff. 2 RVO.) jeder zulageberechtigte Hinterbliebene (§ 5 Vrdg. v. 5. 5. 20) ein selbständiges Recht auf die Zulage. Scheidet also einer von ihnen im Laufe eines Kalendermonats aus, so entfällt sein Anspruch auf Zulage für diesen Monat vollständig, ohne daß sich die Zulage für die anderen Hinterbliebenen ändert, wenngleich deren Anspruch auf Rente sich nach § 595 Abs. 2 RVO. erhöhen mag; denn der Anspruch auf diese Erhöhung war eben nicht für den vollen Monat gegeben.

b) Sind die Bedingungen erfüllt, unter denen die Rente nicht ruht (§ 615 Abs. 1 Ziff. 2 und Abs. 2), so kann die Berufsgenossenschaft die Rente in einer von ihr zu bestimmenden Weise, tunlichst unter Berücksichtigung der Wünsche des Empfängers und auf dessen Gefahr und Kosten zahlen. Zu vgl. § 24 der Ausführungsbestimmungen des RVA. vom 2. 11. 12 (Amtl. Nachr. S. 957).

Einreihung freiwilliger Kassenmitglieder in die neuen Lohnstufen.

3. Nach Berlin. Antwort: Aus Ihrer Anfrage ergibt sich nicht, ob es sich um ein freiwillig beigetretenes Mitglied (§ 176 RVO.) oder um einen freiwillig Weiterversicherten (§ 313) handelt. Für den letzteren Fall ist auf Heft 19 S. 380 Ziff. 16 zu verweisen. Im ersteren Falle bestimmt sich die Lohnstufe, in die der Versicherte gehört, nach dem jeweiligen Verdienst aus der zum Beitritt berechtigenden Beschäftigung und nach der jeweiligen Lohnstufenordnung der Kasse. Gehört er hiernach auf Grund der neuen Grundlohnfestsetzung in eine höhere Stufe, so steht ihm das dieser Stufe entsprechende höhere Krankengeld zu, wenn der Versicherungsfall nach Inkrafttreten der neuen Ordnung eingetreten ist. — Zu vgl. Grunow, ArbVers. 1918 S. 181 ff.

Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses durch Tod des Arbeitgebers.

4. Nach Wildungen. Antwort: Durch den Tod des alleinstehenden Arbeitgebers endete das Beschäftigungsverhältnis seiner Haushälterin, da diese nur Dienste für die Person ihres Dienstherrn, nicht auch für etwaige Erben zu leisten hatte. Sie ist daher, da sie sich nicht gemäß § 313 RVO. weiterversichert hat, aus der Kasse ausgeschieden und hat keinen Anspruch auf Kassenleistungen wegen einer erst später eingetretenen Erkrankung.

Keine Abmeldepflicht des Arbeitgebers beim Ruhen der Rechte und Pflichten nach § 517 RVO.

5. Nach Tilsit. Frage: Das Kassenmitglied X stellte im Monat Februar den Ruheantrag bei der Kasse, und zwar mit Wirkung vom 1. April ab. Der Arbeitgeber hat die Abmeldung unterlassen, und die Kasse hat infolgedessen die Beiträge für das Kassenmitglied auf Grund des § 397 Abs. 1 RVO. weiter berechnet. Ist dieses zulässig?

Antwort: Nein! Denn nach § 517 RVO. ruhen nur die eigenen Rechte und Pflichten des Ersatzkassenmitgliedes bei der Pflichtkrankenkasse. Die Mitgliedschaft selbst wird als fortdauernd angesehen; der Arbeitgeber hat aber nur den eigenen Beitragsteil an die Pflichtkasse zu zahlen (Abs. 2). Solange also das Beschäftigungsverhältnis fortdauert und nicht in einer die Versicherungspflicht berührenden Weise geändert wird, liegt dem Arbeitgeber keine Meldepflicht nach § 317 und folglich nicht die volle Beitragspflicht nach § 397 Abs. 1 RVO. ob.

Beginn der Leistungsdauer für Krankenhilfe.

6. Nach Erkrath. Antwort: Ihre Auffassung entbehrt jeder zutreffenden Begründung. Die Leistungen der Krankenversicherung werden nur auf Antrag gewährt (§ 1545 RVO.). Daher steht es im freien Ermessen des Versicherten, ob er für die Zeit, in der er als arbeitsunfähig Kranker auf Kosten der Heeresverwaltung in Lippspringe behandelt worden ist, Anspruch auf Krankengeld gegen die Kasse erheben will. Wenn er nach seiner Entlassung aus der Kur drei Wochen arbeitslos war, dann fünf

Tage in einer Fabrik arbeitete und wieder erkrankte und nunmehr die Krankenhilfe der Kasse in Anspruch nimmt, so liegt ein neuer Versicherungsfall vor, und es ist um so weniger einzusehen, mit welchem Rechte die Kasse die vier Monate der Behandlung in Lippspringe auf die satzungsmäßige Leistungsdauer für die Krankenhilfe der Kasse angerechnet wissen und ihm nur das Krankengeld für jene vier Monate nachzahlen will. Die volle Leistungsdauer beginnt mit dem Tage, von dem ab der Versicherte die Leistungen der Kasse in Anspruch genommen und erhalten hat (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2d zu § 183 RVO.).

Bei Änderung der Satzung einer Innungskrankenkasse hat die Innungsversammlung nicht mitzuwirken.

7. Nach W. Antwort: Die Änderung der Satzung einer Krankenkasse ist nach § 345 Abs. 2 Ziff. 6 RVO. dem Ausschuß der Kasse vorbehalten und bedarf nur der Genehmigung des Oberversicherungsamts nach § 324. Diese Regelung, welche für alle Krankenkassen im Sinne der RVO., also auch für die Innungskrankenkassen gilt (§ 225), ist eine erschöpfende und schließt das Erfordernis der Mitwirkung irgendeiner anderen Stelle bei dem Zustandekommen einer Satzungsänderung aus; so insbesondere das Erfordernis eines Beschlusses der Innungsversammlung auf Grund des § 93 Abs. 2 Ziff. 9 Gew. Ordg. und einer entsprechenden Bestimmung des Innungsstatuts. Diese Vorschrift der Gew. Ordg. ist durch die RVO., als das neuere und besondere Gesetz, soweit es sich um Innungskrankenkassen handelt, überholt. Denn dieses Gesetz schreibt einen Beschluß der Innungsversammlung nur für die Errichtung der Satzung (§ 320 Abs. 2), nicht für deren Änderung vor. — Die gleiche Frage ist übrigens schon unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes aufgetaucht und von der herrschenden Meinung gleichfalls dahin beantwortet worden, daß die Innungsversammlung zur Beschlußfassung über Änderung des Statuts der Innungskrankenkasse nicht zuständig ist. Zu vgl. Erlaß des preuß. Handelsministers in ArbVers. 1909 S. 768.

Kein Wochengeld neben Krankengeld.

8. Nach Augsburg. Frage: Ein Kassenmitglied hat vom 1. bis 28. Mai 1920 wegen Lungenleiden Krankengeld bezogen und wurde am 29. Mai von einem vollausgetragenen, lebensfähigen Kinde entbunden. Der Mitgliedszeit im letzten Jahre vor der Niederkunft ist genügt. Nachdem nun die Wöchnerin in Vollzug des § 195a RVO. ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes für 10 Wochen zu erhalten hat, von denen vier in die Zeit vor und sechs in die Zeit nach der Entbindung fallen müssen, anderseits jedoch neben Krankengeld Wochengeld nicht gewährt wird, bitten wir, uns mitzuteilen, ob in diesem Falle der Wöchnerin ab 29. Mai das Wochengeld für zehn oder nur für sechs Wochen ausbezahlt werden muß? Wir bemerken noch, daß wir satzungsgemäß eine Mehrleistung im Sinne des § 195b Abs. 2 RVO. nicht eingeführt haben.

Antwort: Durch das bereits für vier Wochen vor der Niederkunft gewährte Krankengeld ist das auf die gleiche Zeit entfallende Wochengeld, entsprechend dem im § 195a Abs. 2 RVO. ausgesprochenen Grundsatze, mit abgegolten, so daß die Wöchnerin auf Wochengeld nur noch für sechs Wochen vom 29. Mai ab Anspruch hat. Zu vgl. die nähere Begründung in ArbVers. 1918 S. 118 Ziff. 5.

Muß die Kasse eine Brille zum Lesen neben der Brille für die Arbeit gewähren?

9. Nach L. Frage: Eine gegen unsere Kasse ergangene Entscheidung des Versicherungsamts besagt: „Die Kasse geht von falscher Voraussetzung aus, wenn sie annimmt, daß die Lieferung von Brillen unter »kleinere Heilmittel« fällt; § 182 RVO. besagt deutlich, daß die Krankenhilfe die Gewährung von Krankenpflege sowie Versorgung mit Arznei, Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln umfaßt. Hieraus ergibt sich klar, daß Brillen und Bruchbänder ohne weiteres zu liefern sind. Eine Frage kann hier sein, ob neben der Brille zum Tragen bei der Arbeit noch eine solche zum Lesen von der Kasse zu liefern war. Dieses ist zu bejahen. Auch die Lieferung der sogenannten »Lesebrillen« fällt unter die Verpflichtung des § 182 RVO. Bei den meisten von den Krankenkassen gelieferten Brillen handelt es sich um sogenannte »Lesebrillen«. Die Pflicht der Kasse, die Kosten eines Heilmittels zu bezahlen, ist nicht davon abhängig, daß der Versicherte das Heilmittel — im vorliegenden Falle die Brille — gerade bei der Arbeit bedarf. Die Frau wird ohne die Brille die Kassensatzung nicht lesen, sie wird auch nicht schreiben können usw. Darüber muß ihr die Kasse durch Gewährung der Brille hinweghelfen." Wird diese Entscheidung für richtig erachtet?

Antwort: Wir halten die Entscheidung für zweifelsfrei. Brillen gehören immer zu den „kleineren Heilmitteln", die nach § 182 Ziff. 1 RVO. ohne Rücksicht auf die Höhe der Kosten zu gewähren sind, wenn nicht die Satzung einen Höchstbetrag bestimmt (§ 193). Unter Umständen muß hiernach die Kasse zwei Brillen, z. B. neben der Arbeitsbrille eine Brille für die Straße gewähren, wie wir dies in ArbVers. 1919 S.239 Ziff. 11 näher begründet haben. Was dort von der Straßenbrille gesagt ist, gilt entsprechend von einer Lesebrille neben der Arbeitsbrille.

Wochenhilfe zugunsten des Kindes, wenn der Aufenthalt der Mutter unbekannt ist.

10. Nach Osterholz. Frage: Durch den Vormund eines am 2. Juni d. J. unehelich geborenen Kindes ist Antrag auf Zahlung der Wochenhilfe gestellt. Die Mutter des Kindes hatte als Mitglied unserer Kasse Anspruch hierauf, befindet sich aber unbekannten Aufenthalts. Wir bitten um Auskunft, welche Kosten wir zu zahlen haben.

Antwort: Die Leistungen aus der Krankenversicherung, wozu auch die Wochenhilfe gehört, werden nur auf Antrag gewährt (§ 1545 RVO.). Der Antrag ist selbstverständlich von demjenigen zu stellen, dem der Anspruch zusteht, oder von seinem berufenen Vertreter. Der Anspruch auf die Leistungen der Wochenhilfe nach § 195a RVO. steht der versicherten Wöchnerin (bei der Familienwochenhilfe nach § 205a dem versicherten Familienhaupte) zu. Das Kind ist nicht anspruchsberechtigt und folglich der Vormund des Kindes nicht antragsberechtigt, weil er nur gesetzlicher Vertreter des Kindes, nicht der Wöchnerin ist. Der Zweck des Gesetzes aber ist, durch die Leistungen der Wochenhilfe die Gesundheit nicht nur der Wöchnerin, sondern auch des Kindes zu erhalten. Um die hiernach gebotene Fürsorge für das Kind zu ermöglichen, würde im vorliegenden Falle der sicherste Weg der sein, bei dem Amts-

gericht die Bestellung eines Abwesenheitspflegers für die Mutter des Kindes nach § 1911 BGB. zu beantragen. Der Pfleger kann dann den erforderlichen Antrag auf Gewährung der Leistungen aus § 195a RVO., soweit die Voraussetzungen dafür gegeben sind, stellen, die Leistungen in Empfang nehmen und sie, an Stelle der Mutter, in den Grenzen des Notwendigen und Angemessenen für den Unterhalt des Kindes verwenden. Wir meinen aber, daß auch schon der Vormund des Kindes, insbesondere, wenn der Fall dringlich erscheint, als Geschäftsführer ohne Auftrag auf Grund der §§ 677, 679 BGB. zur Antragstellung bei der Krankenkasse zugelassen werden und in gleicher Weise, wie es einem Abwesenheitspfleger zustehen würde, für die abwesende Mutter handeln könnte.

Krankenversicherungspflicht des Betriebsdirektors einer Aktiengesellschaft; keine Befreiung nach § 171 RVO.

11. Nach Königstein (Taunus). Antwort: Der Betriebsdirektor der Kleinbahn, die einen Teil (Nebenbetrieb) des Gesamtunternehmens einer großen Aktiengesellschaft bildet, nimmt den anderen Beschäftigten gegenüber nicht die Stellung des Arbeitgebers ein. Arbeitgeber ist vielmehr der Vorstand der Aktiengesellschaft in seiner Eigenschaft als deren gesetzlicher Vertreter. Der Betriebsdirektor ist Angestellter in gehobener Stellung und als solcher nach § 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. versicherungspflichtig, da sein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 15 000 Mark nicht übersteigt (§ 5 der Verordg. v. 30. 4. 20, ArbVers. S. 287). Die Möglichkeit seiner Befreiung nach § 171 RVO. besteht nichtmehr, da durch § 3 der Verordnung v. 3. 2. 19 (ArbVers. S. 125) die Worte „in Betrieben oder im Dienste nichtöffentlicher Körperschaften" gestrichen sind; zu diesen Körperschaften gehören auch Aktiengesellschaften.

Beitragsfreiheit der Wöchnerin während vier Wochen vor der Niederkunft (§§ 195a, 383 RVO.).

12. Nach Bonn. Frage: Nach § 2 Ziff. 2 des Gesetzes über Wochenhilfe usw. v. 30. 4. 20 (§ 195a RVO.) ist ein Wochengeld für 10 Wochen zu zahlen, von denen 4 in die Zeit vor und 6 in die Zeit nach der Entbindung fallen sollen; das Wochengeld für die ersten 4 Wochen ist mit dem Tage der Entbindung fällig. Nach § 383 RVO. sollen während des Bezuges des Wochengeldes keine Beiträge entrichtet werden. Es sind Zweifel darüber aufgetreten, für welche Zeit die Beitragsfreiheit gelten soll. Von einigen Seiten wird die Ansicht vertreten, daß die Entrichtung der Beiträge nur für die 6 Wochen nach der Niederkunft fortfallen soll, weil für diese Zeit nur ein Bezug von Wochengeld in Frage komme, da erst mit der Niederkunft das Wochengeld für die verflossenen 4 Wochen fällig werde. Andere sind der Ansicht, daß auch für die 4 Wochen vor der Entbindung Beiträge nicht einzuziehen sind, weil diese mit in die Bezugszeit des Wochengeldes fallen und der Fälligkeitstag des Wochengeldes für die 4 Wochen vor der Entbindung nur aus dem Grunde auf den Entbindungstag festgesetzt ist, weil das Ereignis der Entbindung abgewartet werden muß. Wir bitten um Mitteilung Ihrer Ansicht.

Antwort: Der Zweck der Vorschrift, daß die Wöchnerin Wochengeld schon für vier Wochen vor der Niederkunft erhält, ist der, daß sie sich schon in dieser Zeit schonen, insbesondere der Arbeit enthalten und deshalb schon während dieser Zeit als arbeitsunfähig angesehen werden soll. Deshalb kann § 383 Abs. 2 RVO. bei Berücksichtigung seines Zusammenhanges mit Abs. 1 nicht anders verstanden werden, als daß die Wöchnerin während derjenigen Zeit, „für" welche sie Wochengeld bezieht, wegen Arbeitsunfähigkeit beitragsfrei bleibt, ohne Rücksicht darauf, daß das Wochengeld erst später zahlbar ist. Die zweite Ansicht ist also die richtige.

Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214 RVO.

13. Nach Amberg. Antwort: Erwerbslosigkeit ist der Mangel einer Beschäftigung gegen Entgelt. Auf den Grund dieses Mangels kommt es nicht an. Es ist selbstverständlich, daß auch eine Versicherte, die ihre Erwerbstätigkeit wegen ihrer bevorstehenden Verheiratung aufgibt, erwerbslos im Sinne des § 214 RVO. ist.

Zur Krankenversicherung einer Musikkapelle.

14. Nach Tangermünde. Frage: Am Ort ist eine Musikkapelle von 14 Mann. Die Beschäftigung wird durch das Städt. Arbeitsamt nachgewiesen. Die Musiker erhalten einen garantierten Lohn von 8 M. täglich, d. h. wenn der Verdienst auf Grund der nachgewiesenen Beschäftigung nicht ausreicht, so wird der Fehlbetrag vom Arbeitsamt zugezahlt bis zu 8 M. Wir halten den Magistrat für meldepflichtig, da ein mittelbares Arbeitsverhältnis besteht. Ist das richtig? Oder liegt überhaupt keine Versicherungspflicht vor?

Antwort: Aus Ihren Angaben können wir nichts entnehmen, was es rechtfertigte, den Magistrat als Arbeitgeber der Musikanten anzusehen. Daß er ihnen Beschäftigung nachweist, macht nicht ihn selbst zum Arbeitgeber. Der Umstand, daß er ihnen einen Lohn von je 8 M. „garantiert", läßt vielmehr erkennen, daß er nur aushelfend eintritt, wenn das Erwerbseinkommen, das sie von anderen beziehen, unzulänglich ist (zu vgl. § 6 der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge). Ob überhaupt Versicherungspflicht der Musiker vorliegt, ist aus Ihren Angaben nicht hinreichend klar zu erkennen. Bilden sie ein Orchester unter einem Leiter, der ein wirtschaftliches Risiko trägt, etwa indem er einen Saal für Aufführungen mietet usw. und ihnen Lohn zahlt, so würden sie versicherungspflichtig und der Leiter als ihr Arbeitnehmer anzusehen sein (zu vgl. Merkblatt in ArbVers. 1916 S. 234 Bd. I). Spielen sie aber, unabhängig von einem solchen Leiter, auf Teilung, so bilden sie eine Vereinigung von selbständigen, also nicht versicherungspflichtigen Unternehmern, wenn sie nicht etwa in ihrer Gesamtheit als Kapelle in den Dienst eines Dritten, z. B. eines Gastwirts, treten, der dann als ihr Arbeitgeber anzusprechen wäre (daselbst S. 235 II). Gehen sie aber solche Beschäftigungsverhältnisse bald hier, bald dort auf weniger als eine Woche ein, so sind sie als unständig Beschäftigte nach §§ 441 ff. RVO. versicherungspflichtig.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1293 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 21. September 1920 | Heft 27

Die Demokratisierung der Verwaltungen der Landesversicherungsanstalten.

Von Bürgermeister Friedrich Kleeis in Aschersleben.

Der Mitwirkung der Versicherten und Arbeitgeber in der Durchführung der Invalidenversicherung sind enge Grenzen gezogen. Den Verwaltungsorganen der Landesversicherungsanstalten gehört zwar Vertreter beider Gruppen der „Beteiligten" in gleicher Zahl an, doch ist ihre Wirksamkeit nur beschränkt. Zunächst gehören dem Vorstande, der im wesentlichen die gesamte Verwaltung führt, eine im Gesetz nicht beschränkte Zahl „beamteter" Mitglieder an, die vom Gemeindeverband bestellt werden, der aus diesen Mitgliedern auch den Vorsitzenden bezeichnet. Ist — so bestimmt allerdings § 1346 RVO. — die Zahl der beamteten Mitglieder größer als die Zahl der nichtbeamteten, so scheiden bei der Beschlußfassung soviel beamtete Mitglieder aus, daß die nichtbeamteten in der Mehrzahl sind. Der Ausschuß der Anstalt besteht nur (je zur Hälfte) aus Vertretern der beteiligten Versicherten und Arbeitgeber, doch hat er nur beschränkte Aufgaben (vgl. §§ 1347, 1353, 1354, 1400). Wie wenig diese ihn in Anspruch nehmen, ergibt sich schon daraus, daß er bei den meisten Landesversicherungsanstalten jährlich nur einmal zusammentritt. Diese Kräfteverteilung ist der Aufbringung der Mittel in der Invalidenversicherung angepaßt worden: die Versicherten und die Arbeitgeber entrichten für jede Woche der versicherungspflichtigen Beschäftigung laufende Beiträge zu gleichen Teilen, und das Reich leistet Zuschüsse für die in jedem Jahre tatsächlich gezahlten Renten, Witwengelder und Waisenaussteuern. Ein Loch hat diese Begründung schon insofern, als die zahlreichen freiwilligen Selbstversicherten und Weiterversicherer, welche die Beiträge gänzlich aus eigenen Mitteln zahlen, hierbei nicht berücksichtigt werden.

Die Organisation der Verwaltungskörperschaften in der Invalidenversicherung hat manche Wandlung durchlaufen. Das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz vom Jahre 1889 sah grundsätzlich vor, daß der Vorstand der Versicherungsanstalten nur aus beamteten Vorstandsmitgliedern bestand, die von dem Kommunalverband bzw. dem Bundesstaat ernannt wurden und dessen Beamte blieben. „Andere Personen", darunter auch Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber, „konnten" dem Vorstand angehören, wenn es das Statut vorsah, also der Ausschuß es beschloß. Dagegen mußte vom Ausschuß ein „Aufsichtsrat" zur Kontrolle des Vorstandes eingesetzt werden, wenn sich in diesem keine Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber befanden. Anträge, daß dem Vorstand solche Vertreter angehören müssen, wurden als unzweckmäßig bekämpft und abgelehnt. Da aber in Wirklichkeit die meisten Ausschüsse dem Vorstand Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber beigaben, sah das Invalidenversicherungsgesetz

vom Jahre 1899 solche Vertreter obligatorisch vor, beseitigte den „Aufsichtsrat“ und gab dem Ausschuß das Recht, die Geschäftsführung des Vorstandes zu überwachen. Mit diesem Recht räumte jedoch, trotz Abwehr durch die linksstehenden Parteien, die Reichsversicherungsordnung auf, weil — wie es in der amtlichen Begründung hieß — sich die Einrichtung nicht bewährt habe; sie stehe entweder nur auf dem Papier oder sie führe zu unerwünschten Schwierigkeiten im Verkehr zwischen Vorstand und Ausschuß; sie sei aber auch entbehrlich, weil die wirksame und sachkundige Überwachung durch das Reichsversicherungsamt völlig ausreiche.

Zum Zwecke einer umfangreicheren Mitwirkung der Versicherungsvertreter wurde bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung eine Reihe von Anträgen eingebracht (Komm. Ber. IV S. 135 bis 155). So sollen in der Satzung die Gegenstände genau bezeichnet werden, die im Vorstand unter Mitwirkung der Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber zu beschließen sind (weil es Versicherungsanstalten gab, die jährlich nur eine einzige Vorstandssitzung abgehalten hatten), weiter sollten die geschäftsführenden Beamten vom Vorstand der Anstalt gewählt werden, der auch den Vorsitzenden bezeichnen sollte. Diese Beamten sollten in den Vorstandssitzungen nur beratende Stimmen haben, die Zahl der nichtbeamteten Mitglieder müsse mindestens doppelt so groß sein wie die Zahl der beamteten. Die Obliegenheiten, die der Ausschuß zu erfüllen hat, müßten vermehrt werden usw. In Breslau bestand der Vorstand z. B. aus neun Beamten und nur je drei Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber. Der Grundgedanke der ganzen Versicherung sei doch — so hieß es —, daß die Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber in der Verwaltung maßgebend mitwirken sollen. Diesem Gedanken widerspreche es, wenn diesen Vertretern der Einfluß entzogen würde. In Wirklichkeit wurden auch einige Beschlüsse getroffen, die in beschränkter Weise den Einfluß der Versicherten und Arbeitgeber verstärkten, so z. B. der schon erwähnte § 1346, der § 1354, der von Mitwirkung beim Erwerb von Grundstücken handelt usw.

Einen weiteren Markstein in der Geschichte der Selbstverwaltung der Landesversicherungsanstalten bildete eine Konferenz der Vertreter der Versicherten bei diesen Anstalten, die am 2. August 1915 in Berlin stattfand. Ihr Hauptzweck war eine Erörterung über die Anwendung des § 1274 RVO. in der Fürsorge für die Kriegsteilnehmer. Es stand aber auch eine Aussprache über die Mitwirkung der Vertreter der Versicherten in den Vorständen und Ausschüssen der Landesversicherungsanstalten mit auf der Tagesordnung. Der Berichterstatter Fette-Stuttgart sprach von der Ohnmacht, zu der die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in den Vorständen verurteilt seien, und die es verhindere, daß sie irgendwie praktisch mitarbeiten könnten. In einer langen Aussprache ergriff auch Regierungsrat Bracht vom Reichsversicherungsamt das Wort, der den Standpunkt des Gesetzes und die gewohnte Praxis der Anstaltsvorstände verteidigte. Die vom Reichsversicherungsamt herausgegebene, so vielfach angefeindete Mustersatzung für Landesversicherungsanstalten, deren Mitverfasser er sei, sei lediglich geschaffen zur Erleichterung der Aufstellung der neuen Satzung und nicht zur Orientierung der Beschlußfassung nach einer bestimmten, der Beteiligung der Laien nachteiligen Richtung. Es sei auch, weil die Zeit drängte, nur das gesetzlich Notwendige in die Mustersatzung aufgenommen. Man müsse auch auseinanderhalten, daß nach § 1343 RVO. die laufenden Geschäfte der beamtete Vorstand führt, und daß nach § 1338 Ziff 3 die Satzung die Gegenstände bestimmt, bei deren Beratung und Beschlußfassung die ehrenamtlichen Mitglieder mitwirken sollen. Das Reichsversicherungsamt habe seither daran festgehalten, daß die laufenden Geschäfte der beamtete Vorstand erledigen soll, das heißt: alle diejenigen Geschäfte, die den einzelnen Fall betreffen und in steter Regelmäßigkeit vorkommen. Der ehrenamtliche Vorstand

könne nicht dauernd zusammensitzen, was andernfalls nötig sei.

Es wurde eine Entschließung einstimmig angenommen, nach der auf eine Verbesserung der allgemeinen Rechtsstellung der Beteiligten bei einer Reform der Reichsversicherungsordnung hingewirkt werden muß. Bis dahin sei ein größerer Einfluß des Laienelements durch Abänderung der Satzung in folgender Richtung zu erstreben: 1. Der Ausschuß muß das Recht haben, zur Beratung von Anträgen und Prüfung einzelner Geschäftszweige besondere Kommissionen einzusetzen. 2. Der Gesamtvorstand hat mitzuwirken bei der gesamten Vermögensanlage, also bei der Bewilligung sowohl wie auch bei der Ablehnung von Darlehnsanträgen (zur Förderung der allgemeinen Gesundheitspflege ist auf die Beleihung von Krankenhäusern und Genesungsheimen besonderes Gewicht zu legen). 3. Die Verwendung der Mittel nach § 1274 hat durch Beschluß des Gesamtvorstandes zu geschehen. 4. Der Gesamtvorstand oder eine von ihm eingesetzte Kommission, in der die Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten die Mehrheit der Stimmen haben müssen, hat beim Renten- und Heilverfahren insofern mitzuwirken, als a) Rentenentziehungen seiner Genehmigung unterliegen, b) er bei Ablehnung des Heilverfahrens auf Antrag des Versicherten mitentscheidet. Zur Erzielung praktischer Arbeitsresultate sollen nicht nur die Arbeitervertreter untereinander Fühlung suchen, sondern auch anstreben, Einfluß auf die Arbeitgebervertreter zu erlangen. — Es wurde eine Kommission eingesetzt, die aus den Verhandlungen die nötigen Folgerungen zieht, Vorschläge ausarbeitet und beim Reichsversicherungsamt vorstellig wird, um die eine oder andere Frage praktisch zur Lösung zu bringen.

Dieser Ausschuß nahm eine Prüfung der Satzungen aller Landesversicherungsanstalten vor. Es ergab sich, daß die Rechte der nichtbeamteten Vorstandsmitglieder und der Ausschußmitglieder in den Satzungen der Anstalten recht ungleich gestaltet sind. In der übergroßen Mehrzahl der Fälle deckten sich die Einrichtungen mit der Mustersatzung. Abgesehen von Verschiedenheiten, die wohl auf die besonderen Verhältnisse der einzelnen Landesversicherungsanstalten zurückgeführt werden können, bestehen im wesentlichen nur in zwei Punkten erhebliche Abweichungen, und zwar in den hier entscheidenden: in den Obliegenheiten des gesamten Vorstandes und des Ausschusses. Beiden Organen sind in den Satzungen die Rechte überaus verschieden zugemessen. Der Ausschuß gab eine Zusammenstellung hier wesentlich in Betracht kommender Bestimmungen heraus, betitelt: „Materialien für die Ausgestaltung der Satzungen der Landesversicherungsanstalten". Aus dem Vergleich der verschiedenen Vorschriften läßt sich ersehen, welche weitergehenden Befugnisse des Ausschusses und des Gesamtvorstandes bei einzelnen Landesversicherungsanstalten sich zur Übertragung auf die anderen Versicherungsanstalten eignen. Empfohlen wird in dem Heftchen noch, die Rechte des Gesamtvorstandes und des Ausschusses im Rahmen der Reichsversicherungsordnung zu erweitern. Solle die Selbstverwaltung der Versicherung nicht ein leerer Schein sein, wie es in manchen Versicherungsanstalten fraglos der Fall sei, müßten die Versicherten und Arbeitgeber dahin streben, die ihnen nach Lage des Gesetzes zustehenden Befugnisse auch auszunützen. Zu empfehlen sei auch die Erhöhung der Zahl der Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber in den Vorständen auf mindestens je zwei. Die Erfahrung habe gezeigt, daß der Fälle doch viele sind, in denen eine kurze Aussprache der einzelnen Gruppen unter sich ganz wesentlich zur Klärung einer Sachlage beiträgt.

Im allgemeinen zeigt sich, daß die süddeutschen Landesversicherungsanstalten sich schon von vornherein sehr wenig an die Mustersatzung des Reichsversicherungsamts gehalten und viel freiheitlichere Einrichtungen getroffen haben. So bestimmt z. B. die Satzung der Landesversicherungsanstalt Baden in § 3: „Der Vorstand besteht aus . . . nach Bedarf einem oder mehreren

Beamten der Anstalt, welche vom Ausschusse als Mitglieder des Vorstandes (RVO. § 1347) bestellt worden sind." Die Satzung sagt weiter, daß über die Anstellung der Beamten und „Hilfspersonen", besonders auch über deren Zahl, der Vorstand beschließt. Die Landesversicherungsanstalt Württemberg hat in § 10 Abs. 4 bestimmt, daß für die vorzunehmenden Vertreterwahlen der Vorstand mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde eine Wahlordnung erläßt (es wird also nicht die Wahlordnung des Reichsversicherungsamts benutzt).

In das Verzeichnis der dem Gesamtvorstand zustehenden Befugnisse haben eingefügt die Anstalten Westpreußen: die Erwerbung, die Veräußerung oder Belastung von Grundstücken; Berlin: die Erwerbung, Belastung, Beleihung sowie Veräußerung von Grundeigentum durch die Versicherungsanstalt; Westpreußen: die Anstellung und Versetzung von Beamten, ihre Versetzung in den Ruhestand und Wartestand; Berlin: die Entscheidung über den Antrag auf Pensionierung, sowie über Einleitung des Zwangspensionierungsverfahrens; Schleswig-Holstein: die Anstellung von Beamten; Rheinprovinz: die Schaffung neuer Stellen, welche im Wege des Privatdienstvertrags besetzt werden; Sachsen: Die Regelung der Anstellungsbedingungen und Besoldungen für die Ärzte und Angestellten der Landesversicherungsanstalt, soweit sie nicht durch die Landesregierung erfolgt (§ 1348 RVO.); Berlin: Hausordnungen in Heilstätten; Schleswig-Holstein: die Festsetzung von allgemeinen Grundsätzen bei Übernahme des Heilverfahrens, den Erlaß von etwaigen Hausordnungen für die Pflegestationen; Rheinprovinz: die Entziehung von Invalidenrente, wenn der Rentenempfänger der Entziehung widerspricht; Oberbayern: die Gesuche um Darlehn, sofern diese den Vorschriften in den §§ 26, 27 RVO. nicht entsprechen, die Feststellung der Hausordnung für die von der Versicherungsanstalt eingerichteten Heil- und Erholungsstätten sowie Invalidenhäuser, dann den Abschluß von Verträgen mit Ärzten sowie den zur Anstaltsleitung zu berufenden Personen oder Vereinigungen; Oberpfalz: die Anträge auf Gewährung von Invaliden- oder Witwenrenten, wie der Anträge auf Entziehung solcher Renten in den Fällen, in welchen, entgegen dem einstimmigen Gutachten des Vorsitzenden des Versicherungsamts und der beiden Versicherungsvertreter, seitens des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt die Invalidität der Rentenbewerber nicht anerkannt bzw. der Empfänger einer Rente als nicht mehr invalide erachtet werden soll (§ 1304 RVO.); Oberfranken: die Anträge auf Invaliden- und Witwenrente, wenn der Vorsitzende die Frage der Erwerbsunfähigkeit entgegen dem Gutachten des Versicherungsamts verneinen und aus diesem Grunde die Rente versagen will, die Entziehung von Invaliden- und Witwenrenten, sofern nicht der Berechtigte selbst darauf verzichtet oder das Versicherungsamt diese Maßnahme zustimmend begutachtet hat; Schwaben: die Gesuche um Darlehen, sofern diese den Vorschriften in §§ 26 und 27 RVO. nicht entsprechen, Vorschriften, welche sich auf die im Betriebe der Versicherungsanstalt stehenden Heilstätten, Genesungs- und Invalidenheime, sowie auf ähnliche Anstalten beziehen, hinsichtlich deren der Gesamtvorstand die Mitaufsicht führt; Sachsen: die Aufstellung allgemeiner Grundsätze für das Heilverfahren, den Erlaß von Ausführungsbestimmungen über die Unterbringung von Rentenempfängern in Invaliden- und Waisenhäusern oder ähnlichen Anstalten (RVO. § 1277); Württemberg: den Erlaß der Wahlordnung für die Wahl der Vorstandsmitglieder, die Aufstellung allgemeiner Grundsätze über die Aufnahme von Rentenempfängern in Invalidenhäuser, Waisenhäuser oder ähnliche von Dritten unterhaltene Anstalten, die Erstattung des Geschäftsberichts, erheblichere Angelegenheiten, über deren Erledigung zwischen dem Vorsitzenden und Berichterstatter eine Meinungs-

verschiedenheit besteht, diejenigen sonstigen Angelegenheiten, deren kollegiale Erledigung die oberste Verwaltungsbehörde verlangt oder der Vorsitzende anordnet; Mecklenburg: die Fälle, in denen es sich um Entziehung der Invalidenrente handelt; Baden: Erlassung von allgemeinen Dienstvorschriften für den inneren Dienst, Gestattung an Arbeitgeber, die Marken zu anderen als zu den im Gesetz bestimmten Terminen einzukleben bzw. die Beiträge zu bezahlen (§ 1430 RVO.), Gestattung an einzelne Arbeitgeber, die Beiträge durch Verwendung von Marken selbst zu entrichten, Beschluß über die Ergebnisse der monatlichen und unvermuteten Kassenrevisionen, Verhängung von Strafen und Auferlegung von Kosten an Beteiligte im Sinne § 1634 RVO., die dem Ausschuß zu machenden Vorlagen, diejenigen weiteren Angelegenheiten, deren kollegiale Erledigung das Reichs- oder Landesversicherungsamt oder der Vorsitzende beantragt.

In allen Satzungen kehrt die Vorschrift der Mustersatzung des Reichsversicherungsamts wieder, wonach der Gesamtvorstand sich auf schriftliche Einladung des Vorsitzenden versammelt. Baden sagt jedoch: Auf begründeten gemeinsamen Antrag der Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten muß der Vorstand binnen acht Tagen berufen werden. Über die Willenserklärung des Vorstandes bestimmt Schleswig-Holstein: Kassenanweisungen, die den Betrag von 1000 Mk. übersteigen, und Schecks bedürfen der Unterschrift eines zweiten Vorstandsmitgliedes; Hessen: Verfügungen über Bestände, Wertpapiere und Guthaben bei Hinterlegungsstellen und Banken bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Mitunterschrift des Rechners. Die Zuständigkeit des Ausschusses ist auch vielfach über die Bestimmungen der Mustersatzung ausgedehnt worden. Die Rheinprovinz sagt: den Jahresbericht entgegenzunehmen und Aufklärung über ihn zu verlangen; Oberfranken: die Satzungen für die Invalidenheime, Waisenhäuser und Heilanstalten festzusetzen; Baden: Zustimmung zur Verwendung von Mitteln a) zum wirtschaftlichen Nutzen der Rentenempfänger und der Versicherten und ihrer Angehörigen (§ 1400 RVO.), b) zur Verhütung vorzeitiger Invalidität der Versicherten und zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung. Die Landesversicherungsanstalten Württemberg und Baden sehen „Ausschußkommissionen" vor. Sie werden in jeder ordentlichen Sitzung bestellt und haben bis zur nächsten Sitzung zu wirken. Sie bestehen aus dem Vorsitzenden des Ausschusses und seinem Stellvertreter und je einem Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten. Die Kommissionen haben: 1. die Versicherungsanstalt gegenüber dem Vorstande zu vertreten, 2. die Vorlagen für den Ausschuß vorzuprüfen, 3. die ihr vom Ausschuß besonders übertragenen Geschäfte zu besorgen. Baden bestimmt hierbei besonders: Die Kommission ist befugt, unter Zuziehung des Vorsitzenden des Vorstandes oder eines von diesem bezeichneten Beamten in den gewöhnlichen Geschäftsstunden und in den Geschäftszimmern der Anstalt die Bücher und Akten der Anstalt einzusehen, Kassenrevisionen zu beantragen und an solchen teilzunehmen. — Eine Reihe von Bestimmungen regelt noch die Entschädigungen an die Laienvertreter. Meist sind sie für Arbeitgeber und Versicherte gleich; in der Regel wird aber den Vertretern der Versicherten der entgangene Arbeitsverdienst besonders vergütet.

Die politischen Umwälzungen vom November 1918 gaben dem Bestreben nach Ausgestaltung der Satzungen in der hier erörterten Richtung neue Nahrung. In den Ausschüssen mancher Landesversicherungsanstalten wurde darüber verhandelt. Beispielsweise setzte die Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein eine Kommission ein, die Vorschläge für eine neue Satzung ausarbeitete. Danach wurden dem Gesamtvorstand außer Obliegenheiten, die schon von anderen Anstalten nach obiger Zusammenstellung eingeführt sind, noch übertragen: die Erstattung des Geschäftsberichts, der Erlaß einer Geschäftsordnung für den inneren Dienst, die

Anstellung, Beförderung, Festsetzung des Dienstalters und Entlassung von Beamten usw. Es wurde eine neue „Vorstandsabteilung" eingerichtet, die aus einem beamteten Vorstandsmitglied und je einem Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten besteht. Zu ihren Aufgaben gehört u. a.: Versagen oder Entziehen von Renten, Gewähren von Renten, Witwengeld oder Waisenaussteuern, sofern der Vorsitzende die Beratung durch die Abteilung für geboten erachtet, Vorstellung wegen Versagen von Heilverfahren, Bestellung und Entlassung von Bürohilfsarbeitern, Vorlagen für den Gesamtvorstand. Die Rechte des Ausschusses wurden ebenfalls erweitert. Es wurde auch eine Ausschußabteilung eingerichtet, die u. a. einmal im Jahre eine unvermutete Kassenrevision vorzunehmen hat. Sie hat in jeder Ausschußsitzung über ihre Tätigkeit mündlich oder schriftlich Bericht zu erstatten. Der Vorsitz im Ausschuß wechselt jährlich zwischen einem Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten. Die Mitglieder des Vorstandes können an den Beratungen des Ausschusses mit beratender Stimme teilnehmen.

Auch der „ständige Ausschuß" der Landesversicherungsanstalten (der jetzige Verband der Landesversicherungsanstalten) erließ im Jahre 1919 ein Rundschreiben an die einzelnen Anstalten, durch das eine Neugestaltung der Satzungen im Sinne einer Demokratisierung angeregt wurde. Es wurde besonders auf das Beispiel Schleswig-Holsteins verwiesen. Man gehe, so hieß es zur Begründung, davon aus, daß es der vorgeschlagenen Änderungen nicht etwa bedarf, um zu sachlich zutreffenderen Entscheidungen zu gelangen, daß sie aber geeignet sein werden, in den Kreisen der Beteiligten das Vertrauen zu stärken, daß über ihre Anträge sachgemäß entschieden werde. Man glaube darin einen so großen Vorteil erblicken zu sollen, daß die unvermeidlichen Weiterungen und Verzögerungen der Entscheidung in den Kauf genommen werden müssen. Auf die Festsetzung der Renten sei die Mitwirkung der Vertreter zweckmäßig nicht auszudehnen, da sich deren Höhe nach der Zahl und Lohnklasse der entrichteten Beiträge durch die vorgesehenen Berechnungen ergibt, also für ein anderweites Ermessen kein Raum bleibt. Die Zuziehung der Vertreter bei derartigen zahlreichen Entscheidungen würde nur einen großen Zeit- und Kostenaufwand erfordern und dazu führen, daß die Berechtigten später in den Rentengenuß kommen. Die eingegangenen Antworten ergaben, daß 18 Landesversicherungsanstalten die Zuziehung von Vertretern der Versicherten oder Arbeitgebern bei Rentenablehnungen oder -entziehungen schon eingeführt hatten oder in Aussicht stellten. Sieben antworteten ablehnend und der Rest abwartend. Die meisten Landesversicherungsanstalten lehnten eine Satzungsänderung ab; sofern sie zu einer Erweiterung der Rechte der Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber bereit waren, sollte es ohne Satzungsänderung geschehen. Pommern antwortete erst ablehnend, dann zustimmend, Schlesien beschloß eine Erweiterung des Gesamtvorstandes, Hessen-Nassau beschloß Änderungen wie sie Schleswig-Holstein hat, und die Rheinprovinz, die, wie obige Übersicht zeigt, ohnehin schon recht demokratische Einrichtungen hat, beschloß deren weitere Ausgestaltung. Dem Ausschuß wird noch eine „Revisionskommission für Heilanstalten" angegliedert, und der Vorstand bildet noch, unter Beteiligung von Laienvertretern, je eine Unterkommission für folgende Angelegenheiten: 1. Heilverfahren, 2. Versagung und Entziehung von Renten und Beschwerden über abgelehnte Heilverfahren, 3. Heilstättenbewirtschaftung, 4. Kinderfürsorge, Invaliden- und Waisenhauspflege, 5. Arbeiterwohnungsfürsorge. Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt beschloß ebenfalls eine Satzungsänderung, die in der Hauptsache in der Einsetzung je eines Ausschusses für den Vorstand (für gewisse Rentenablehnungen und -entziehungen) und für den Gesamtausschuß (Heilstättenangelegenheiten) besteht. Auch bei der Landesversicherungsanstalt Sachsen (zu deren Vorsitzendem der sozial-

demokratische Landtagsabgeordnete Fräsdorf berufen worden ist), sind Reformen im Gange.

Mit diesen Maßnahmen wird nur die von der Revision der Reichsversicherungsordnung zu erwartende Neugestaltung der Organisation der Landesversicherungsanstalten vorbereitet. Es kann wohl angenommen werden, daß die gesetzlichen Neuordnungen sich mindestens dem, was die Praxis bereits geschaffen hat, anpassen, wahrscheinlich aber darüber hinausgehen werden. Das verlangen der Geist der Zeit und die neue Reichsverfassung, die bekanntlich davon spricht, daß die gesamte soziale Versicherung „unter maßgebende Mitwirkung der Versicherten" zu stellen ist (Art. 162). Nächst der Unfallversicherung ist die Invalidenversicherung noch sehr weit davon entfernt. In seinen neuerlichen Reformvorschlägen verlangt z. B. der Hauptverband der Ortskrankenkassen, daß Beamte der Träger der Invalidenversicherung deren Organen nicht angehören dürfen. Von anderer Seite sind schon noch einschneidendere Abänderungsvorschläge gemacht worden, z. B. Übertragung der inneren Organisation der Krankenversicherung auf die Invalidenversicherung. Dazu bedürfte es aber einer tiefgehenden Umgestaltung der Gesamtorganisation der Sozialversicherung, vor allem auch der Aufbringung der Mittel.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zur Frage der Versicherungspflicht der Schriftleiter einer großen Tageszeitung.

Entscheidung des städt. Versicherungsamts München v. 27. August 1920 (13 794, 16 264 K.).

Nach § 165 Abs. 1 Ziff. 2, Abs. 2 RVO. in der Fassung der Verordnung der Reichsregierung vom 30. April 1920 (RGBl. S. 771) unterliegen Betriebsbeamte und Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, sofern diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet, bis zu einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst von 15 000 ℳ an Entgelt der Krankenversicherungspflicht. Entsprechend dem Charakter des Gesetzes als einer Versicherung für Arbeiter und diesen im allgemeinen wirtschaftlich und sozial gleichstehende Personenkreise entfallen jedoch in der Regel Personen mit einer mehr wissenschaftlichen oder sonst höheren Tätigkeit dem Versicherungszwange. Doch gilt dieser Satz nicht unbedingt in seiner Allgemeinheit; vielmehr können auch Personen mit wissenschaftlicher Vorbildung und mehr geistiger Tätigkeit sehr wohl der Versicherungspflicht unterliegen; so hat dies z. B. das Reichsversicherungsamt in einer Entsch. vom 6. Juli 1909 (Amtl. Nachr. 1909 S. 589) hinsichtlich einer Hilfsassistentin im Laboratorium des Hygienischen Instituts einer Universität ausgesprochen, und hinsichtlich der Lehrer und Erzieher, sowie der Bühnen- und Orchestermitglieder ist die Versicherungspflicht im Gesetze sogar besonders festgelegt (§ 165 Abs. 1 Ziff. 4, 5 RVO.). Gerade dies letztere Moment der ausdrücklichen Erwähnung einiger Gruppen überwiegend geistiger Arbeiter spricht aber dafür, daß die Versicherungspflicht von Personen mit höherer geistiger Tätigkeit zu den Ausnahmen zählen soll, und daß es hier der besonderen Untersuchung von Fall zu Fall bedarf, ob die auch für diese Kreise maßgebenden, die Versicherungspflicht begründenden Merkmale der Unselbständigkeit, der weitgehenden Abhängigkeit und der mehr ausführenden als eigenwertigen Tätigkeit usw. vorliegen.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse glaubt diese Merkmale bei den von ihr als kassenzugehörig in Anspruch genommenen Schriftleitern der „. . . Ztg." als gegeben annehmen zu sollen, da diese Herren vertraglich gegen festen Gehalt und langfristige Kündigung angestellt und verpflichtet seien, ihre Arbeitskraft im Rahmen der ihnen überwiesenen Tätigkeit dem Verlage zur Verfügung zu stellen, und da sie weiterhin gehalten seien, ihre Sparte jeweils bis zu Redaktionsschluß zu erledigen. Demgegenüber und namentlich auch gegenüber der Verpflichtung der Schriftleiter, auf die politische Richtung ihres Blattes Rücksicht zu nehmen, träten die für eine gewisse Selbständigkeit sprechenden Merkmale, wie das Recht der freien Auswahl ihrer Mitarbeiter, die Befreiung vom starren Einhalten der Bürozeit, die Berechtigung zur freien Annahme und Ablehnung von Artikeln, zur anderweitigen schriftstellerischen Betätigung usw. in den Hintergrund.

Die Kasse hält sich jedoch mit dieser Anschauung zu sehr an bloße Äußerlichkeiten und verkennt die allgemeine Bedeutung der Tätigkeit des Schriftleiters einer Tageszeitung, die sich nicht mit der schematischen Erledigung eines Tagespensums erschöpft und auch nicht darin besteht, bloßes Vollzugs-

organ des Willens und der Absichten des Chefredakteurs zu sein. Das Beschäftigungsgebiet des Schriftleiters einer größeren Tageszeitung ist im Gegenteil ein persönlich außerordentlich verantwortungsvolles und eingestellt auf einen großen Komplex durchaus selbständig zu erledigender Aufgaben.

So wird z. B. der Inlandsredakteur einer großen Tageszeitung in steter Fühlung mit den politischen Persönlichkeiten des Landes stehen; er wird vor Abfassung wichtiger Artikel ihren Rat erholen, umgekehrt aber auch ihrerseits als Sprachrohr ihrer Wünsche in Anspruch genommen werden; auf Grund seiner Erfahrungen, auf Grund seiner Kenntnisse der augenblicklichen, wie der zukünftig möglichen Lage wird und muß er befähigt sein, seinerseits richtunggebend und führend die politische Entwicklung zu beeinflussen und ihr durch zweckentsprechende Aufklärung weitester Bevölkerungskreise die Wege zu ebnen. Nicht anders liegt die Frage bei den mit der Bearbeitung anderer Sparten betrauten Schriftleitern. Der Leiter des Handelsteils wird und muß umfangreiche Kenntnis des wirtschaftlichen Lebens und gediegene volkswirtschaftliche Bildung besitzen, sowie stete Fühlungnahme mit den Kreisen von Industrie und Handel, von Börse und Verkehr aufrechterhalten; er soll führend und belehrend der großen Masse der Leser vorangehen, ein steter Warner vor unbedachten spekulativen Interessen, ein Hüter der ruhigen wirtschaftlichen Entwicklung des Landes. Der Bearbeiter des literarischen, des musikalischen wie des künstlerischen Teiles eines Blattes wird und muß seiner Sparte kraft der Art seiner Darstellung, der Auswahl des darzubietenden Materials der Heranziehung seiner Mitarbeiter in weitgehendstem Maße den Stempel seiner eigenen künstlerischen Persönlichkeit aufdrücken; namentlich der erstere, dem nicht nur eine kritisch-referierende Tätigkeit obliegt, sondern der auch Schriftsteller der Vergangenheit und Gegenwart persönlich zu Wort kommen läßt, wird, ähnlich wie der Herausgeber einer fachwissenschaftlichen Zeitschrift, richtunggebend für die Produktion, erzieherisch für den Leserkreis zu wirken vermögen. Nicht anders liegt die Frage bei den Schriftleitern des Gerichtssaales und des Sports. Ersterer darf ebensowenig seine Aufgabe in der bloßen Wiedergabe der ihm von den einzelnen Gerichtssaalreportern zugehenden Berichte, wie letzterer in der bloßen Wiedergabe der sportlichen Ereignisse des letzten Tages erblicken. Die Darstellung der vor dem Forum des Gerichtes nur allzu oft in unverhüllter Nacktheit zutage tretenden menschlichen Leidenschaften verlangt feinstes psychologisches Verständnis der Wirkungen auf die Massen; der Schriftleiter muß hier die Grenze finden, wo die Darstellung zwar noch Verständnis für den aus der Bahn des Normalen gedrängten Menschen und die ihm auferlegte Sühne erweckt, gleichzeitig aber alles vermeidet, was bei der Art des behandelten Stoffes u. U. anreizend auf den Leserkreis zu wirken vermag. Dem Sportredakteur fällt die Aufgabe zu, das auf seinem Gebiete gerade in der heutigen Zeit nur zu leicht vordringende Rohe hintanzuhalten, für die Reinheit des für die gesundheitliche Entwicklung, gerade bei einer städtischen Bevölkerung so außerordentlich wichtigen Sportes zu sorgen und hier befruchtende Winke für die Weiterentwicklung zu geben.

Aber nicht nur diese allgemeinen Richtlinien für den Aufgabenkreis eines Schriftleiters heben ihn über die Masse der mehr vollziehenden Organe eines einheitlichen Willens hinaus, auch die besondere praktische Betätigung erweist dies. Zwar steht an der Spitze großer Zeitungen der leitende Redakteur, jedoch nur als der Treuhänder für das Programm der Zeitung gegenüber dem Verlag, als ihr Repräsentant gegenüber der Öffentlichkeit, als primus inter pares gegenüber den einzelnen Schriftleitern. Diese selbst werden von ihm nur soweit beeinflußt, als sein Wille die großen Richtlinien vorschreibt, innerhalb deren der einzelne Schriftleiter selbständig schaltet und waltet. Diese Selbständigkeit geht so weit, daß der jeweils den Nachtdienst versehende Schriftleiter bis zu einem gewissen Grade als der für die Dauer seines Dienstes alleinige Leiter des Blattes angesprochen werden kann. Ähnlich verfügt auch derjenige Schriftleiter, dem die Abnahme der auswärtigen Gespräche obliegt, durchaus selbständig darüber, was er von den einzelnen Gesprächen als für sein Blatt von Bedeutung abnehmen will oder nicht.

So stellt sich die Tätigkeit der Schriftleiter einer Zeitung je größer diese ist, desto selbständiger, aber auch desto verantwortungsvoller dar. Sie verlangt nicht nur Männer mit weitester Allgemeinbildung, sondern auch gediegene Charaktere, welche die in ihre Hand gegebene Würde, nicht nur ihres Blattes, sondern auch der Allgemeinheit, wohl zu wahren verstehen, Männer, die, wenn auch nicht immer offen zutage tretend, so doch durch ihr Blatt, führend ihren Volksgenossen voranzugehen vermögen.

Gegenüber einer dergestalt durchaus selbständigen von höherer wissenschaftlicher oder doch dieser gleichwertigen Warte aus erfolgenden Tätigkeit treten die Merkmale einer gewissen Bindung, wie sie in der Verpflichtung auf das Programm der Zeitung, auf die Erledigung des übertragenen Aufgabenkreises, auf die Innehaltung einer vorgeschriebenen Arbeitszeit, auf die gegenseitige Aushilfe usw. bestehen, völlig in den Hintergrund. Sie sind Selbstverständlichkeiten, die mehr einer von Innen kommenden, moralischen Verpflichtung als einem von außen auferlegten Zwang entsprechen. Wie andere Personen in leitender und verantwortlicher Stellung, z. B. Leiter von Betriebsgesellschaften, leitende Ärzte von Krankenanstalten, höhere Beamte usw., trotz der auch ihnen in ähnlicher Weise obliegenden Verpflichtungen nicht als abhängig und damit als ver-

sicherungspflichtig erachtet werden können, so gilt dies auch in der Regel für die Schriftleiter einer Tageszeitung. Sie sind zumeist Personen, die nach der Art ihrer Stellung nicht zu ausführender, sondern zu selbständiger wissenschaftlicher oder gleichwertiger Tätigkeit berufen sind, dazu regelmäßig mit einer entsprechenden, insbesondere einer auf Hochschulen erworbenen Vorbildung ausgestattet sein müssen und daher nach den vom Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsprechung festgehaltenen Grundsätzen (vgl. „Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen" Ziffer 24) versicherungsfrei sind (vgl. auch die Entscheidung des Oberversicherungsamts München vom 26. Juli 1919 in Sachen Krankenversicherungspflicht des beim Stadtrat München als juristischer Hilfsarbeiter beschäftigten Rechtspraktikanten Dr. Br.).

Nachdem alle die geschilderten Merkmale auf die bei der „. . . Ztg." beschäftigten, von der Allgem. Ortskrankenkasse München-Stadt als versicherungspflichtig in Anspruch genommenen Herren Schriftleiter zutreffen, konnten auch hinsichtlich ihrer Versicherungsfreiheit Zweifel nicht bestehen.

B. Zur Krankenversicherung.

Ersuchen an das Amtsgericht um eidliche Vernehmung von Zeugen in Sachen der Krankenversicherung.

Beschluß des **Oberlandesgerichts Düsseldorf** vom 3. Januar 1920 (1. Sen. VI 2).

Die Allgemeine Ortskrankenkasse in D. hat an das Versicherungsamt in D. einen Antrag auf eidliche Vernehmung der Ehefrau Kl. in G. gestellt. Frau Kl. beantragte, von der eidlichen Vernehmung beim Versicherungsamt in D. Abstand zu nehmen, weil sie durch den weiten Weg einen ganzen Tag versäume und so lange von ihrem vier Monate alten Kinde nicht fernbleiben könne. Das Versicherungsamt in D. gab infolgedessen die Sache an die Allg. Ortskrankenkasse in D. zurück mit dem Anheimgeben, das Ersuchen an das zuständige Amtsgericht in W., welches bequemer zu erreichen ist, zu richten. Das Amtsgericht in W. gab die Sache an das Versicherungsamt in D. ablehnend zurück und bemerkte, daß die Entfernung von W. nach D. nicht so groß sei, daß die Zeugin nicht die Bahnfahrt von W. bis D. ohne erhebliche Schwierigkeiten zurücklegen könne. Das Versicherungsamt D. legte die Sache dem Oberlandesgericht mit Beziehung auf § 1571 Abs. 4 RVO. zur Entscheidung vor. Das Oberlandesgericht wies das Amtsgericht an, dem Ersuchen des Versicherungsamts stattzugeben. — Gründe:

Wenn auch gemäß § 1571 Abs. 2 RVO. das Versicherungsamt Zeugen eidlich vernehmen kann, so kann es doch auch das zuständige Amtsgericht um die Vernehmung ersuchen, falls die Beweisaufnahme vor dem Versicherungsamt erheblichen Schwierigkeiten unterliegt oder Gefahr im Verzuge ist.

Ob bei einem an das Amtsgericht gerichteten Gesuch eine dieser Voraussetzungen gegeben ist, hat das Amtsgericht nicht nachzuprüfen (vgl. den im Heymannschen Verlage erschienenen Kommentar zur RVO. § 1571 Anm. 7). Das Amtsgericht W. durfte deshalb die Vernehmung der in seinem Bezirk wohnenden Zeugin nicht deshalb ablehnen, weil sie nach seiner Meinung statt nach W. nach D. zur Vernehmung vor dem Versicherungsamt hätte reisen können.

Anmerkung: Der § 1571 RVO. gehört zu den Vorschriften über Feststellung der Leistungen aus der Unfallversicherung durch deren Träger und ist im § 1628 Abs. 2 als entsprechend anwendbar erklärt auf das vorbereitende Verfahren des Versicherungsamts in Sachen der Invalidenversicherung. Eine entsprechende Vorschrift auch für die Krankenversicherung fehlt. Danach hätte das Oberlandesgericht vorweg die recht zweifelhafte Frage erwägen müssen, ob das Recht, um „eidliche" Vernehmung zu ersuchen, den Krankenkassen überhaupt zusteht (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 4 zu § 115 RVO.). Erst wenn dies bejaht werden konnte, kam es auf die vom Oberlandesgericht entschiedene Frage an.

Zugehörigkeit der bei einem bayerischen Versorgungsamt Beschäftigten zur bayer. Militärkrankenkasse.

Entscheidung des **städt. Versicherungsamts München** v. 25. August 1920 (15 263 K.).

Die versicherungspflichtigen Arbeitnehmer des früheren Bezirkskommandos B. waren Mitglieder der bayerischen Militärkrankenkasse. Am 1. November 1919 wurde das Bezirkskommando B. gleich den übrigen Bezirkskommandos in eine Zivilstelle umgewandelt und unter der Bezeichnung Versorgungsamt B. dem Reichsarbeitsministerium unterstellt. Die Versorgungsämter hielten die Beziehungen, wie sie bisher zwischen den Bezirkskommandos und der bayerischen Militärkrankenkasse bestanden hatten, aufrecht. Die beim Versorgungsamt B. beschäftigten versicherungspflichtigen Personen werden daher ebenso wie es seinerzeit mit den beim Bezirkskommando B. beschäftigt gewesenen Personen der Fall war, als Mitglieder der bayerischen Militärkrankenkasse geführt. Letztere verlangte Beitragsleistung für diese Personen.

Der Betriebsrat des Versorgungsamts B. bestreitet die Zulässigkeit der Führung dieser Personen bei der bayer. Militärkrankenkasse und verweigert die Beitragszahlung an letztere. Er beruft sich auf § 2 der Satzungen der genannten Krankenkasse, der nur die Angestellten militärischer Betriebe zur Beitragsleistung verpflichtet. Eine Verpflichtung, daß auch die dem Reichsarbeitsministerium unterstellten Versorgungsbehörden dem § 2 unterworfen seien, sei ihm nicht bekannt. Ab 1. 11. 19 seien die ehemaligen Bezirkskommandos entmilitarisiert und von diesem Zeitpunkt ab nicht mehr als Militärbehörden zu betrachten.

Das Versorgungsamt B. hat die Sache zur Entscheidung an das Versicherungsamt München geleitet,

und dieses hat — durch Vorentscheidung des Vorsitzenden — ausgesprochen, daß die beim Versorgungsamt beschäftigten Versicherungspflichtigen der bayer. Militärkrankenkasse angehören. — Gründe:

Es handelt sich um einen Streit zwischen Versicherten und einer Krankenkasse über das Versicherungsverhältnis sowie über die Verpflichtung, Beiträge zu leisten. Gemäß §§ 405 Abs. 2, 1780, 1783 RVO. ist demnach das städt. Versicherungsamt München zur Entscheidung berufen. Da der Sachverhalt ohne förmliche Beweiserhebung klargestellt werden konnte, war der Vorsitzende gemäß § 60 der Kaiserl. Verordnung vom 24. 12. 11 über Verfahren und Geschäftsgang der Versicherungsämter mit § 1657 RVO. berechtigt, Vorentscheidung zu erlassen.

Als gesetzlich vorgesehener Vertreter der wirtschaftlichen Interessen der Arbeitnehmer ist der Betriebsrat des Versorgungsamts B. zur Antragstellung legitimiert.

Der Betriebsrat hat zwar nicht unmittelbar Antrag gestellt, die Sache wurde vielmehr von der Beschäftigungsstelle an das Versicherungsamt geleitet. Betreibender Teil ist aber nach der Aktenlage der Betriebsrat. Es kann daher unbedenklich davon ausgegangen werden, daß der Antrag als für den Betriebsrat des Versorgungsamts B. gestellt gilt.

An Tatsächlichem steht nachstehendes fest:

Im Jahre 1919 hat der alte bayerische Heereskörper, der Kassenbereich der bayerischen Militärkrankenkasse, bevor er endgültig entmilitarisiert wurde, noch eine Reihe von Änderungen erfahren. Zunächst ging er im August 1919 aus der Hand Bayerns in die des Reichs über. Das bayerische Ministerium für militärische Angelegenheiten verschwand und machte der Reichswehrbefehlsstelle Platz. Mit der Bildung der Reichswehr löste sich das alte Heer mitsamt der Verwaltung auf und verfiel der Abwicklung. Lebensfähige Betriebe wurden noch herausgenommen, auf Zivilbetriebe umgestellt und zivilen Reichsministerien unterstellt, so u. a. die früheren Bezirkskommandos, die nun Versorgungsämter und dem Reichsarbeitsministerium unterstellt wurden. Der Abwicklungsbereich, den das Heeresabwicklungsamt Bayern befehligte, hatte zunächst noch militärischen Charakter. Diesen verlor es mit dem 9. April 1920, indem es dem Reichsfinanzministerium unterstellt und sämtliche aktiven Militärpersonen, soweit sie nicht in die Reichswehr übernommen wurden, pensioniert und als Beamte angestellt wurden.

Die Frage ist nun die, ob die vorstehend angedeuteten Änderungen im Aufbau der bayerischen Heeresverwaltung Einfluß auf den Geltungsbereich der bayerischen Militärkrankenkassen hatten, ob m. a. W. diese Änderungen den Geltungsbereich der bayerischen Militärkrankenkasse einschränkten oder aufhoben, so daß die Kasse nach § 273 Abs. 1 Ziff. 1 hätte geschlossen werden müssen.

Die Frage war zu verneinen. Der Übergang des bayerischen Heeres aus der Staatshoheit des Freistaates Bayern in diejenige des Reiches stellt nichts anderes dar, als einen Übergang versicherter Betriebe aus der Hand eines Unternehmers in die eines anderen. Als im April 1920 die bis dorthin noch bestehenden in der Abwicklung befindlichen militärischen Betriebe aus dem Bereiche des Reichswehrministeriums in den des Reichsfinanzministeriums übergingen, handelte es sich ebenso wie bei der schon vorher erfolgten Herausnahme der lebensfähigen Betriebe aus dem militärischen Körper und ihrer Unterstellung unter Zivilbehörden lediglich um einen Wechsel innerhalb der Betriebsleitungen desselben Arbeitgebers. Ein Eingehen der Betriebe, das nach § 273 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. die Schließung der Kasse hätte zur Folge haben müssen, fand bei diesem Wechsel nicht statt. Der Übergang eines Betriebes auf einen anderen Unternehmer aber läßt den Bestand der für den Betrieb errichteten Krankenkasse unberührt — s. Handausgabe von Stier-Somlo Anm. 2 zu § 273 RVO. —. Die bayerische Militärkrankenkasse brauchte daher lediglich deswegen, weil ihr Kassenbereich eine Reihe von Änderungen erfahren hat, nicht geschlossen zu werden. Solange sie aber nicht geschlossen ist, besteht sie für ihren ganzen ehemaligen Kassenbereich weiter, auch für jene Betriebe, die, wie das Bezirkskommando B., dauernd auf Zivilbetriebe eingestellt worden sind, auch wenn diese wesensverschieden gegenüber den der Abwicklung überantworteten Betrieben sein sollten. Denn die umgestellten und die der Abwicklung verfallenen Betriebe haben einen gemeinschaftlichen Arbeitgeber, nämlich das Reich. Dem Arbeitgeber ist es aber nach § 245 S. 2 RVO., der gemäß § 246 RVO. auch für das Reich und die Länder gilt, gestattet, für mehrere Betriebe eine gemeinsame Betriebskrankenkasse zu errichten. Daß diese Betriebe gleichartig sind, verlangt das Gesetz nicht. Dies geht mittelbar auch aus der Note 2 b des Handbuchs der Krankenversicherung von Hahn 8./9. Aufl. zu § 245 RVO. hervor, in der der seinerzeitigen bei Schaffung der RVO. gestellten Anträge Erwähnung getan ist, die Errichtung einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse auch mehreren Arbeitgebern zu gestatten, wobei aber verlangt wurde, daß die Betriebe gleichartig seien.

Selbst wenn man aber annehmen wollte, daß die einzelnen Reichsstellen, denen die früheren bayerischen militärischen Betriebe nunmehr unterstellt sind, daß also das Reichswehrministerium, das Reichsfinanzministerium, das Reichsarbeitsministerium nicht Abteilungen desselben Staatskörpers, sondern Einzelunternehmer sind, würde auch dies nicht ohne weiteres ein Ausscheiden der nunmehr entmilitarisierten Betriebe aus dem Geschäftsbereich der bayerischen Militärkrankenkasse rechtfertigen. Denn nach § 298

Abs. 1 Ziff. 5 RVO. findet eine Auseinandersetzung zwischen Kassen u. a. auch dann statt, wenn von mehreren Betrieben eines Arbeitgebers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, einer in anderen Besitz übergeht und einer der beteiligten Arbeitgeber das Ausscheiden beantragt. Ein solcher Antrag liegt hier von keiner Seite der in Betracht kommenden, etwa als Einzelunternehmer anzusehenden Reichsstellen vor, so daß also auch aus diesen Gründen die aus der Hand Bayerns in die des Reichs und von dort wieder auf zivile Reichsstellen übergegangenen, d. i. also entmilitarisierten Betriebe weiterhin bei der bayerischen Militärkrankenkasse zu verbleiben haben.

Anmerkung: Die Entscheidung erscheint uns in ihrem sachlichen Inhalt richtig, aber in den prozessualen Voraussetzungen bedenklich. Wir finden in den die Aufgaben des Betriebsrats umgrenzenden Vorschriften des Gesetzes v. 4. 2. 20 (§§ 1, 66 ff.) keinen hinreichenden Anhalt für die Annahme, daß der Betriebsrat als gesetzlicher Vertreter der Arbeitnehmer in Streitsachen vor Verwaltungsgerichten aufzutreten befugt sei; und ferner halten wir die Voraussetzung für eine Entscheidung aus § 405 Abs. 2 RVO. nicht für gegeben, weil diese Vorschrift nur anwendbar ist bei Streit „zwischen einem Arbeitgeber und einem Versicherten“ oder (was selbstverständlich ist) mehreren, aber immer einzeln zu bezeichnenden bestimmten Versicherten. Streit über die Kassenzugehörigkeit ganzer Betriebe, also sämtlicher gegenwärtig und künftig in diesen Betrieben Beschäftigten ohne deren namentliche Bezeichnung, kann nur zwischen Krankenkassen im Wege des § 258 RVO. ausgetragen werden.

Die Satzung kann den Vorstand nicht ermächtigen, eine Satzungsbestimmung (Mehrleistung) außer Kraft zu setzen.

Entscheidung des städt. Versicherungsamts München v. 26. August 1920 (13 060 K.).

Die Klägerin ist die Ehefrau des bei der beklagten Krankenkasse gegen Krankheit versicherten Bürohilfsarbeiters Max G. Am 17., 19. und 23. Juni 1920 stand sie in ärztlicher Behandlung; hierfür sowie für die ihr vom behandelnden Arzt verschriebenen Medikamente hatte sie insgesamt Auslagen im Betrage von 48,25 ℳ. Diesen Betrag verlangte die G. von der B. Militärkrankenkasse mit der Begründung ersetzt, daß ihr nach § 19 der Satzung der B. Militärkrankenkasse Familienhilfe zustehe. Die B. Militärkrankenkasse lehnt den Ersatz unter Berufung auf einen Vorstandsbeschluß ab, durch den mit Wirkung ab 25. Mai 1920 die Familienhilfe aufgehoben worden sei.

Das Versicherungsamt hat die Kasse zur Gewährung der Krankenhilfe verurteilt. — Gründe:

Die Satzung der beklagten Kasse enthält in § 33 Ziff. 8 folgende Bestimmung: „8. Der Ausschuß hat die Befugnis, die Satzungsbestimmungen über die ärztliche Behandlung der Familienmitglieder durch einfachen Beschluß zeitweise außer Kraft zu setzen. — Wird die ärztliche Versorgung dadurch ernstlich gefährdet, daß die Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten schließen kann, oder daß die Ärzte den Vertrag nicht einhalten, so kann diese Befugnis auch durch den Vorstand ausgeübt werden.“

In Anwendung des Abs. 2 dieser Bestimmung hat die Krankenkasse unter dem Drucke der finanziellen Schwierigkeiten, unter denen sie schon seit langem zu leiden hatte, den im Frühjahr 1920 ausgebrochenen Ärztestreik zum Anlaß für die Aufhebung der Familienhilfe, also einer Mehrleistung, genommen.

Der Abs. 2 der Ziff. 8 des § 33 der Satzung hat seinen Ursprung seiner ganzen Fassung nach im § 370 RVO. Wie dieser Vorsorge trifft, wenn die Kasse an der Erfüllung der ihr gegenüber ihrem Versicherten gesetzlich obliegenden Verpflichtung der unmittelbaren Gewährung freier ärztlicher Behandlung behindert ist, so will er in ähnlicher Weise für diesen Fall auf dem Gebiete der Familienkrankenhilfe regelnd eingreifen. Er übersieht hierbei aber, daß § 370 RVO. einen Ersatz im Wege der Gewährung einer Barleistung an den Versicherten zum Zweck der mittelbaren Beschaffung der ärztlichen Behandlung schafft, während Ziff. 8 Abs. 2 der Satzung die Krankenhilfe an Familienmitglieder bei an sich gleichem Tatbestand völlig beseitigt. Hierdurch überschreitet aber die Satzung die Zweckbestimmung des § 370 RVO. und begibt sich vom Gebiete der (gesetzlich vorgesehenen) Ersatzleistung auf dasjenige der Satzungsänderung. Daran ändert auch der Umstand nichts, daß es sich im Falle der Krankenhilfe an die Versicherten um eine Regelleistung, im Falle der Krankenhilfe an Familienmitglieder aber um eine Mehrleistung handelt. § 370 RVO. umfaßt seiner ganzen Stellung nach Regelleistungen und Mehrleistungen gleichermaßen und schafft für beide gemeinsam die Möglichkeit der Abgeltung der Sachleistung durch eine Barleistung. Will eine Kasse im Falle des Eintritts der Voraussetzungen des § 370 RVO. von der Weiterversicherung einer Mehrleistung absehen, so bleiben ihr nur zwei Wege: derjenige des § 391 RVO. oder derjenige einer Satzungsänderung. Der erstere setzt eine Gefährdung der Leistungsfähigkeit der Kasse voraus, wie sie allerdings bei der B. Militärkrankenkasse ihrer ganzen finanziellen Lage nach während des Ärztestreiks zweifellos gegeben war. Die Kasse hat jedoch von der nach § 391 einzuräumenden Ermächtigung, beim Versicherungsamt durch Erwirkung einer vorläufigen Verfügung die Einstellung der Familienkrankenhilfe herbeizuführen, keinen Gebrauch gemacht.

So kommt für die Erreichung des von ihr gewollten Zweckes nur die Satzungsänderung als solche in Frage. Diese obliegt aber nicht dem Vorstand, sondern nach § 345 Abs. 2 Ziff. 6 RVO. dem Ausschuß, der nach Abs. 3 hierüber in ungetrennter Abstimmung befindet. Dieses Verfahren gilt auch, wenn nur eine zeitweise Einstellung der Leistung

beabsichtigt ist. Denn auch diese, an sich dem Gesetz völlig unbekannt, stellt eine Satzungsänderung dar und muß daher wie eine solche behandelt werden.

Nachdem nun in vorliegendem Falle lediglich der Vorstand die Einstellung der Familienkrankenhilfe beschlossen hat, ist den gesetzlichen Bestimmungen nicht Genüge geschehen, weshalb die Einstellung ungültig ist. Sie wird auch nicht rechtsgültig durch den Umstand, daß sich der Vorstand bei seinem Vorgehen auf eine Bestimmung der Satzung stützen konnte. Denn diese Satzungsbestimmung entbehrt nach den vorstehenden Ausführungen selbst der rechtlichen Grundlage, sie hätte daher nicht genehmigt werden dürfen (§ 324 Abs. 2 RVO.). Ihre trotzdem erfolgte Genehmigung verleiht ihr auch nicht Rechtsgültigkeit; vielmehr bleibt auch in diesem Falle die Bestimmung ungültig. Die nach § 326 RVO. für diesen Fall vorgesehene Anordnung und Durchführung einer Änderung der Satzung trägt lediglich formalen Charakter.

Endet die Versicherungspflicht durch Streik?

Entscheidung des **Versicherungsamts Rheydt** vom 29. Juli 1920.

Der Kläger, welcher Pflichtmitglied der Betriebskrankenkasse war, trat am 1. 4. 20 mit anderen Angestellten der Firma in den Ausstand und kehrte erst am 1. 6. 20 zur Arbeit zurück, nachdem die Firma sich zu seiner Wiedereinstellung bereit erklärt hatte. Am 27. 4. erkrankte er an einer Knieverletzung (Bluterguß) und war nach dem vorgelegten ärztlichen Attest bis 31. 5. erwerbsunfähig. Infolgedessen beansprucht er für 31 Tage je 5 ℳ Krankengeld gleich 155 ℳ und Erstattung der gehabten Barauslagen für ärztliche Behandlung und Arznei in Höhe von 50 + 12 = 62 ℳ, insgesamt 217 ℳ. Die Kasse lehnt den Anspruch ab, weil der Kläger unter Kontraktbruch seine Stelle eigenmächtig verlassen und daher die Mitgliedschaft verloren habe. Die Firma betrachtete ihn nach der vorliegenden Äußerung als entlassen. Von dem Recht der freiwilligen Weiterversicherung habe er in der vorgeschriebenen dreiwöchigen Frist keinen Gebrauch gemacht. Der Kläger dagegen behauptet, das versicherungspflichtige Arbeitsverhältnis sei nur unterbrochen, nicht aber gelöst gewesen. Am 10. 4. und später habe der Direktor der Firma wiederholt erklärt, daß alle Ausständigen, also auch der Beschwerdeführer, ihre Beschäftigung wiederaufnehmen könnten, was er nach Beilegung der Differenzen bzw. Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit auch getan habe. Die Versicherung habe demnach ununterbrochen fortbestanden; Kassenbeiträge sind aber nicht entrichtet worden. Er habe sich deshalb nicht freiwillig weiterversichert, weil er sich nicht als entlassen angesehen habe. — Das Versicherungsamt hat den Anspruch zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Der Unterstützungsanspruch ist von dem Bestehen eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses abhängig. Nach der ständigen Rechtsprechung der Versicherungsbehörden hat nun die Einstellung der Arbeit die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses zur Folge, wenn sie seitens des Kassenmitgliedes eigenmächtig und nicht mit Zustimmung des Arbeitgebers geschieht. Die Kündigung braucht nicht ausdrücklich ausgesprochen zu werden. Es ist hiernach unzweifelhaft, daß der Kläger während der Streikzeit nicht in einem fortdauernden Beschäftigungsverhältnis im Sinne der RVO. gestanden hat und daß deshalb die Zwangsversicherung erloschen war. Ansprüche aus den §§ 214 und 313 RVO. können nicht hergeleitet werden, da die Erkrankung des Klägers weder innerhalb drei Wochen nach der Lösung des Beschäftigungsverhältnisses eingetreten noch von dem Antragsteller die Mitgliedschaft freiwillig im Sinne des § 313 RVO. aufrechterhalten worden ist.

Anmerkung: Die Entscheidung ist recht bedenklich. Der Streik bedeutet an sich nur Einstellung der tatsächlichen Arbeitsleistung durch die Arbeiter, nicht auch Austritt aus dem Beschäftigungsverhältnisse. Daß die „eigenmächtige“ Einstellung der Arbeit „nach der ständigen Rechtsprechung der Versicherungsbehörden“ ohne weiteres die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses zur Folge haben soll, ist unrichtig. Solche Lösung kann nur dann angenommen werden, wenn entweder der Arbeiter die Absicht, die Arbeit nicht wiederaufzunehmen, kundgegeben oder der Arbeitgeber die Entlassung aus dem Beschäftigungsverhältnis dem streikenden Arbeiter gegenüber erklärt hat (zu vgl. die Entscheidungen bei Hahn Handb. der KrVers. Anm. 23 zu § 165 RVO.). Daß der Arbeitgeber ihn als entlassen „betrachtet“ hat, ist für sie allein ganz unerheblich.

Ablauf der Ausschließungsfrist aus § 1539 RVO. bewirkt Erlöschen des Ersatzanspruchs ohne Rücksicht auf § 223.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) vom 1. Juni 1920.

Der klagende Armenverband hat für den hilfsbedürftigen Hermann D. die Beerdigungskosten bezahlt und ihre Erstattung von der beklagten Krankenkasse verlangt. Der Tod des D. steht im ursächlichen Zusammenhange mit einer Krankheit, für welche die beklagte Kasse unterstützungspflichtig war. Der Todesfall ist am 17. März 1917 eingetreten. Der Ersatzanspruch des Armenverbandes ist zum ersten Male am 11. November 1918 bei der beklagten Kasse geltend gemacht worden. Die Kasse hat den Anspruch unter Berufung auf die sechsmonatige Ausschlußfrist des § 1539 RVO. abgelehnt. Der Armenverband hat, weil er die Beerdigung selbst besorgt hat, seinen Anspruch auf § 203 RVO. gestützt und deshalb die im § 223 RVO. bestimmte Verjährungsfrist von zwei Jahren — die unstreitig nicht abgelaufen ist — für sich in Anspruch genommen. Die Vorinstanzen haben sich dem Standpunkt der Kasse angeschlossen.

Auch das Reichsversicherungsamt hat diesen Standpunkt als begründet anerkannt. Das 5. Buch der RVO. regelt die Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu anderen Verpflichteten (zu

vgl. die Überschrift dieses Buches). Diese Regelung ist, wie das Oberversicherungsamt mit Recht annimmt, erschöpfend. Sie schließt die Anwendung sonstiger in erster Reihe für die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Versicherten maßgebender Vorschriften des 2. Buches der RVO. aus. Der Armenverband kann also, wenn er nach gesetzlicher Pflicht Armenunterstützung gewährt hat, seinen Erstattungsanspruch nur auf § 1531 RVO., nicht außerdem noch auf § 203 stützen. Daraus folgt, daß für die Geltendmachung des Ersatzanspruches die Ausschlußfrist des § 1539 RVO. maßgebend sein muß, denn diese Vorschrift bezieht sich gerade auf Ersatzansprüche des 5. Buches, insbesondere auf § 1531 RVO. Sie geht als Sondervorschrift etwaigen sonstigen allgemeinen Vorschriften vor. Mit gutem Grunde hat übrigens der Gesetzgeber die fraglichen Ersatzansprüche einer kurzen Ausschlußfrist unterworfen. Denn die hier als Anspruchsberechtigte in Betracht kommenden Versicherungsträger, Gemeinden usw. bedürfen des Schutzes einer langen Verjährungsfrist weit weniger als die vielfach rechtsunkundigen und geschäftsungewandten Einzelpersonen, die sonst in der sozialen Versicherung als Anspruchsberechtigte auftreten. Es ist auch zu beachten, daß der Gesetzgeber die Erstattungsansprüche des 5. Buches dadurch mit einem gewissen Vorrecht ausgestattet hat, daß er bei ihnen nach § 1778 RVO. die Revision allgemein zugelassen hat, während sonstige Erstattungsansprüche, die nicht im 5. Buche geordnet sind, im allgemeinen nicht revisionsfähig sind. Es ist daher nicht unbillig, wenn die ersatzberechtigten öffentlichen Verbände an die einschränkende Ausschlußfrist des § 1539 gebunden sind.

Die Begründung zum Entwurf der RVO., von der die Ausführungen zu § 1484 (S. 452) in Verbindung mit §§ 1514, 1516 (S. 468) in Betracht kommen, enthält keine Stütze für den gegenteiligen Standpunkt. Die Anwendung des § 1539 beschränkt sich auf den Fall, daß der Armenverband in seiner Eigenschaft als solcher kraft gesetzlicher Verpflichtung eingreift. Wenn etwa die Gemeinde ohne gesetzliche Verpflichtung für die Beerdigung sorgt, um die Interessen der Hinterbliebenen wahrzunehmen, so bewendet es bei den allgemeinen Verjährungsvorschriften.

Der Revision ist nur darin beizutreten, daß die Auffassung des Oberversicherungsamts, wonach infolge der Vorschrift des § 1539 der Armenverband seinen Anspruch auch dann verliere, wenn der unmittelbar Berechtigte, der die Beerdigungskosten verauslagt hat, seinen Anspruch bei dem Armenverband erst nach sechs Monaten anmeldet, nicht zutrifft. Die sechs Monate werden in diesem Falle erst von dem Zeitpunkt ab zu rechnen sein, wo der Armenverband seinerseits die Unterstützung leistet. Doch ist diese Ausführung des angefochtenen Urteils für das Ergebnis der Entscheidung unerheblich.

Anmerkung: Zu vgl. die Anm. hier Heft 10 S. 190 und die Auskunft Heft 14 S. 278 Ziff. 6.

C. Zur Militärversorgung.

Verordnung des Reichsarbeitsministeriums zur Ausführung des Gesetzes über die Versorgungsbehörden.

Vom 22. Juli 1920. (Reichsanz. Nr. 166 v. 28. 7. 20.)

Auf Grund des Gesetzes über die Versorgungsbehörden vom 15. Mai 1920 (RGBl. S. 1063) wird vorbehaltlich künftiger gesetzlicher Regelung folgendes bestimmt:

Behörden.

§ 1. Versorgungsbehörden im Sinne dieser Verordnung sind die Verwaltungsbehörden der Reichsversorgung (Versorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen bei Dienstbeschädigung auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes vom 1. Mai 1920, RGBl. S. 989).

§ 2. Die oberste Leitung des Versorgungswesens im Verwaltungsverfahren steht dem Reichsarbeitsminister zu.

Dem Reichsarbeitsminister unmittelbar unterstellt sind die Hauptversorgungsämter und die Landesdienststelle für das Rentenversorgungswesen in Bayern. Die Hauptversorgungsämter sind höhere Reichsbehörden.

Den Hauptversorgungsämtern unterstehen die Versorgungsämter.

§ 3. Hauptversorgungsämter sind die bisherigen Versorgungsämter. Versorgungsämter sind die bisherigen Versorgungsstellen. Neben ihnen bleiben die Abteilung für Versorgung bei dem Deutschen Generalkonsulat in Zürich und ferner bis auf weiteres die mit der Bearbeitung von Marineangelegenheiten befaßten Marineversorgungsämter in Kiel und Wilhelmshaven bestehen.

Beamte und Hilfskräfte.

§ 4. Die Beamten der Versorgungsbehörden sollen für ihren Beruf besonders vorgebildet sein. Nähere Bestimmung über ihre Ausbildung erläßt der Reichsarbeitsminister.

§ 5. Alle bei den Versorgungsbehörden beschäftigten Personen sind zur strengsten Geheimhaltung dessen verpflichtet, was sie infolge ihrer dienstlichen Tätigkeit über die Verhältnisse eines Versorgungsberechtigten und über dienstliche Angelegenheiten erfahren.

Die Verpflichtung bleibt nach dem Ausscheiden aus dem Dienst bestehen.

§ 6. Von der Mitwirkung in Versorgungssachen ist ausgeschlossen:

1. wer in der Sache selbst Partei ist,
2. wer einer Partei ersatzpflichtig ist,
3. wer mit einer Partei verheiratet ist oder gewesen ist,
4. wer mit einer Partei in gerader Linie verwandt oder verschwägert oder in der Seitenlinie

im 2. oder 3. Grade verwandt oder im 2. Grade verschwägert ist,

5. wer in der Sache als Bevollmächtigter oder Beistand einer Partei zugezogen oder als ihr gesetzlicher Vertreter aufzutreten berechtigt ist oder gewesen ist,
6. wer in der Sache als Zeuge oder Sachverständiger vernommen ist.

§ 7. Entsteht eine Meinungsverschiedenheit über das Vorliegen eines Ausschließungsgrundes, so entscheidet darüber der Leiter der Behörde, über das Vorliegen eines Ausschließungsgrundes in der Person des Leiters der Behörde die vorgesetzte Behörde.

Die Entscheidung nach Absatz 1 ist endgültig.

Sachliche und örtliche Zuständigkeit.

§ 8. Die Versorgungsämter sind zuständig für die Bearbeitung und Entscheidung aller Versorgungsangelegenheiten nach dem Reichsversorgungsgesetz wie auch nach den bisherigen Vorschriften, soweit nicht nach den §§ 9 und 15 die Zuständigkeit einer anderen Stelle begründet oder die Entscheidungsbefugnis nach den bisherigen Gesetzen unübertragbar ist.

§ 9. Die Hauptversorgungsämter sind zuständig, soweit sich nicht aus § 15 etwas anderes ergibt:

a) für die Entscheidung in allen Angelegenheiten der Kapitalabfindung; die Vorbereitung erfolgt durch die Versorgungsämter und die Hauptfürsorgestellen,
b) für die Entscheidung gemäß § 26 Abs. 2 des Militärhinterbliebenengesetzes vom 17. Mai 1907 (RGBl. S. 214) in der Fassung des § 6 des Gesetzes über die Versorgungsbehörden vom 15. Mai 1920 (RGBl. S. 1063),
c) für die auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes erforderliche erstmalige Neufeststellung der nach früheren Militärversorgungsgesetzen festgestellten Versorgungsgebührnisse („Umanerkennung"); für die Vorbereitung können die Hauptversorgungsämter die Mitwirkung der Versorgungsämter in Anspruch nehmen,
d) für die Bearbeitung und Entscheidung aller sonstigen Anträge auf erstmalige Feststellung von Hinterbliebenengebührnissen nach dem Reichsversorgungsgesetz oder den bisherigen Vorschriften, die sich auf einen vor dem 1. April 1920 eingetretenen Todesfall stützen.

§ 10. Örtlich zuständig ist das Versorgungsamt, in dessen Bezirk der Beschädigte zur Zeit der Stellung des Antrages wohnt. Hat er keinen Wohnort im Inland, so ist sein letzter inländischer Wohnort maßgebend. Für die in der Schweiz ansässigen Kriegsteilnehmer und Kriegshinterbliebenen vergleiche jedoch § 36 Abs. 2 dieser Verordnung.

Bei Geltendmachung von Ansprüchen Hinterbliebener ist der Wohnort oder der letzte inländische Wohnort der Witwe maßgebend. Ist zur Zeit der Stellung des Antrages eine Witwe nicht vorhanden, so ist das Versorgungsamt zuständig, in dessen Bezirk der Verstorbene oder der Verschollene zuletzt gewohnt hat.

Ist nach den Vorschriften der Absätze 1 und 2 eine Zuständigkeit nicht begründet, so bestimmt der Reichsarbeitsminister das zuständige Versorgungsamt.

§ 11. Für die örtliche Zuständigkeit der Hauptversorgungsämter gelten die Bestimmungen des § 10 sinngemäß.

§ 12. Durch einen Wechsel des Wohnortes während eines schwebenden Verfahrens wird die Zuständigkeit nicht geändert.

§ 13. In den Fällen, in denen es eines Antrages nicht bedarf, ist die Versorgungsbehörde, die die letzte Entscheidung getroffen hat, zuständig. Hat der Berechtigte seit dieser Entscheidung seinen Wohnort gewechselt, so wird die Versorgungsbehörde des neuen Wohnortes zuständig.

§ 14. Hält ein Versorgungsamt ein anderes für zuständig, so gibt es die Sache an dieses weiter. Hält sich auch dieses nicht für zuständig, so entscheidet das beiden Ämtern übergeordnete Hauptversorgungsamt oder, wenn ein solches nicht vorhanden ist, der Reichsarbeitsminister. Dieser kann ein Hauptversorgungsamt mit der Entscheidung beauftragen.

Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend für die Hauptversorgungsämter. Den Streit über die Zuständigkeit zwischen Hauptversorgungsämtern entscheidet der Reichsarbeitsminister.

Die Entscheidungen über die Zuständigkeit sind endgültig und binden die Versorgungsbehörden.

§ 15. Vor dem 1. August 1920 eingegangene Anträge auf Versorgung, die vor diesem Tage bereits dem Reichsarbeitsministerium oder dem Hauptversorgungsamt vorgelegt worden sind, werden von diesen Stellen entschieden, sofern auch Versorgung nach den bisherigen Vorschriften in Frage kommt. Die Abgabe der beim Reichsarbeitsministerium schwebenden Versorgungsanträge an die nach den §§ 8 und 9 zuständigen Dienststellen bleibt vorbehalten.

Verfahren.

§ 16. Versorgung auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes wird nur auf Antrag gewährt.

Für die Umanerkennung (§ 9 zu c) bedarf es eines Antrages nicht; sie erfolgt von Amts wegen

Neufeststellungen der Versorgungsgebührnisse auf Grund des § 57 des Reichsversorgungsgesetzes sind von einem Antrage nicht abhängig. Das gleiche gilt für die Durchführung der Vorschriften der §§ 59 bis 66 des Reichsversorgungsgesetzes.

§ 17. Die Anträge sind schriftlich oder mündlich zu Protokoll bei dem örtlich zuständigen Versorgungsamte zu stellen, auch wenn für die Entscheidung das Hauptversorgungsamt zuständig ist.

§ 18. Die Anträge auf Versorgung sollen die Leistungen, die begehrt werden, bestimmt bezeichnen, auch die Tatsachen und Beweismittel enthalten, die zur Begründung erforderlich sind. Die Anträge sollen von dem Antragsteller, seinem gesetzlichen Vertreter oder, sofern ein Bevollmächtigter (§ 20) bestellt ist, von diesem mit Orts- und Tagesangaben unterzeichnet sein.

Die Versorgungsbehörden haben auf die Stellung sachdienlicher Anträge hinzuwirken, gegebenenfalls deren Ergänzung zu veranlassen.

§ 19. Für geschäftsunfähige oder beschränkt geschäftsfähige Antragsteller ohne gesetzlichen Vertreter kann bis zur Bestellung eines solchen durch das Gericht und bis zu dessen Eintritt in das Verfahren von der Versorgungsbehörde ein besonderer Vertreter bestellt werden. Diesem stehen alle Rechte des Antragstellers außer der Empfangnahme von Zahlungen zu.

Minderjährige, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, können Anträge selbständig stellen und verfolgen.

§ 20. Die Anträge können auch durch Bevollmächtigte gestellt werden. Die Vollmacht muß schriftlich erteilt sein.

Ohne Vorliegen einer Vollmacht gestellte Anträge sind rechtswirksam, wenn die Vollmacht binnen

einer angemessenen, auf mindestens einen Monat festzusetzenden Frist nachgebracht oder die Antragstellung innerhalb einer solchen Frist genehmigt wird.

§ 21. Der Sachverhalt ist von Amts wegen aufzuklären. Die Beteiligten sind verpflichtet, zur Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken und ihre Angaben auf Verlangen der zuständigen Versorgungsbehörde durch Versicherung an Eidesstatt zu bekräftigen.

Die Versorgungsbehörde kann das persönliche Erscheinen jedes Beteiligten zur mündlichen Erörterung des gestellten Antrages, zur ärztlichen Untersuchung oder zur Vornahme sonstiger Feststellungen sowie die Beobachtung in einem Krankenhaus, einem Lazarett oder einer Heilanstalt jederzeit anordnen.

Entzieht sich der Beteiligte ohne wichtigen Grund diesen Anordnungen, so können aus seinem Verhalten ungünstige Schlüsse für seine Ansprüche gezogen werden.

Soweit das persönliche Erscheinen des Beteiligten angeordnet ist, sind ihm auf Verlangen die baren Auslagen sowie eine Entschädigung für Zeitverlust in angemessenem Umfange zu gewähren.

§ 22. Die Versorgungsbehörden erheben zur Vorbereitung der Entscheidung die erforderlich erscheinenden Beweise; sie können insbesondere Zeugen und Sachverständige vernehmen, Gutachten von Ärzten und amtliche Auskünfte jeder Art einholen, die Beschaffung von Urkunden veranlassen oder ihre Vorlegung oder Beibringung den Beteiligten aufgeben.

Auf Verlangen der zuständigen Versorgungsbehörde haben die Zeugen eidesstattlich zu versichern, daß sie nach bestem Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen haben. In gleicher Weise haben die Sachverständigen auf Verlangen der zuständigen Versorgungsbehörde zu versichern, daß sie das von ihnen erforderte Gutachten unparteiisch und nach bestem Wissen erstattet haben.

§ 23. Zeugen und Sachverständige erhalten auf Verlangen Gebühren wie bei Vernehmungen vor den ordentlichen Gerichten in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten.

§ 24. Leisten Zeugen oder Sachverständige der an sie ergangenen Vorladung nicht Folge oder verweigern sie ohne Vorliegen der in der Zivilprozeßordnung bezeichneten Gründe ihr Zeugnis oder die Erstattung des Gutachtens oder erscheint die Abgabe der eidesstattlichen Versicherung zur Herbeiführung einer wahrheitsgemäßen Aussage oder eines sachgemäßen Gutachtens nicht ausreichend, so ist das für den Wohnort des Zeugen oder Sachverständigen zuständige Amtsgericht um Vernehmung und gegebenenfalls Vereidigung zu ersuchen. Die Vorschriften der Zivilprozeßordnung finden entsprechende Anwendung.

§ 25. Unterliegt die Beweisaufnahme vor der zuständigen Versorgungsbehörde erheblichen Schwierigkeiten, insbesondere wegen großer Entfernung des Aufenthaltsortes der zu vernehmenden Person von dem Sitze der Versorgungsbehörde, so kann ein geeignetes, insbesondere günstiger gelegenes Versorgungsamt oder, wenn die Beweisaufnahme vor diesem gleichfalls Schwierigkeiten unterliegen würde, eine andere Behörde um die Erledigung ersucht werden. Das gleiche gilt bei Gefahr im Verzuge.

§ 26. Die Versorgungsberechtigten und andere Beteiligte, ihre gesetzlichen Vertreter und ihre Bevollmächtigten sowie die Fürsorgestellen und Hauptfürsorgestellen der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenenfürsorge können, soweit sich nicht aus den nachfolgenden Bestimmungen Einschränkungen ergeben, Einsicht in die Akten nehmen und sich daraus gegen Erstattung der Kosten Auszüge und Abschriften erteilen lassen.

Anderen Personen kann ohne Einwilligung des Berechtigten oder seines gesetzlichen Vertreters die Einsicht in die Akten nur gestattet werden, wenn ein rechtliches Interesse glaubhaft gemacht wird.

Aus wichtigen Gründen kann die Einsicht in die Akten oder in Aktenteile sowie die Erteilung von Auszügen und Abschriften verfügt oder beschränkt werden.

Über den Antrag auf Gewährung der Akteneinsicht oder Erteilung von Auszügen und Abschriften entscheidet die Versorgungsbehörde, bei der sich die Akten befinden. Gegen den ablehnenden Bescheid eines Versorgungsamtes ist binnen einem Monat die Beschwerde an das Hauptversorgungsamt zulässig. Über den ablehnenden Bescheid eines Hauptversorgungsamtes, soweit es als erste Instanz tätig gewesen ist, entscheidet auf Beschwerde das Versorgungsgericht durch Beschluß ohne mündliche Verhandlung. Eine weitere Beschwerde findet nicht statt.

§ 27. Die Versorgungsbehörden entscheiden auf Grund freier Beweiswürdigung.

§ 28. Die Bescheide sind in tatsächlicher und rechtlicher Beziehung zu begründen, schriftlich auszufertigen und den Beteiligten zuzustellen.

Wird dem Antrage auf Gewährung von Versorgungsgebührnissen stattgegeben, so ist zugleich Betrag und Beginn der Leistung festzustellen. Der Bescheid muß die Art der Berechnung ergeben.

§ 29. Der Bescheid des Versorgungsamts (§ 8) bedarf bis auf weiteres der Zustimmung des Hauptversorgungsamts. Das Versorgungsamt hat den Bescheid der Zustellung an den Antragsteller dem Hauptversorgungsamt vorzulegen. Dieses erteilt innerhalb eines Monats nach Eingang seine Zustimmung oder versieht das Versorgungsamt mit der Weisung für eine anderweitige Entscheidung. Das Versorgungsamt ist an diese Weisung gebunden und hat nach ihr seinen Bescheid zu erlassen. Gibt das Hauptversorgungsamt binnen der genannten Frist keine Äußerung ab, so gilt die Zustimmung als erteilt.

Der Zustimmung bedürfen nicht Bescheide, die lediglich betreffen: Heilbehandlung, Kinderzulage, Sterbegeld, Gebührnisse für das Sterbevierteljahr für die nach § 35 Abs. 2 des Reichsversorgungsgesetzes bezugsberechtigten Angehörigen, Erhöhung der Witwenrente infolge Vollendung des 50. Lebensjahres, Abfindung der Witwe bei Wiederverheiratung mit einem Deutschen nach § 39 Abs. 1 des Reichsversorgungsgesetzes, Erhöhung der Waisenrente infolge Todes der Mutter, anderweitige Bemessung der Eltern- und Großelternrente nach § 46 des Reichsversorgungsgesetzes, Ortszulage, Änderung der ruhenden Rententeile und Teuerungszulage.

Gegen die Bescheide der Hauptversorgungsämter und Versorgungsämter findet ein Einspruch nicht statt.

§ 30. In jedem Bescheide der Versorgungsbehörden muß auf die Zulässigkeit der Berufung und die Frist, innerhalb welcher sie einzulegen ist, hingewiesen werden.

Steht fest, daß der Bescheid nicht anfechtbar ist, so ist darauf hinzuweisen, daß gegen ihn kein Rechtsmittel mehr zulässig ist.

Fehlt in dem Bescheide die Rechtsmittelbelehrung oder die Fristangabe oder ist eine von beiden unrichtig erteilt, so wird die Rechtsmittelfrist nicht in Lauf gesetzt.

§ 31. Zustellungen, die eine Frist in Lauf setzen, können durch eingeschriebenen Brief geschehen.

Der Posteinlieferungsschein begründet nach zwei Jahren seit seiner Ausstellung die Vermutung dafür, daß in der ordnungsmäßigen Frist nach der Einlieferung zugestellt worden ist.

§ 32. Wer nicht im Inlande wohnt, hat auf Verlangen einen im Inlande wohnenden Zustellungsbevollmächtigten zu benennen.

Ist der Aufenthalt unbekannt oder wird der Zustellungsbevollmächtigte nicht innerhalb einer auf mindestens einen Monat festzusetzenden Frist benannt, so kann die Zustellung durch einwöchigen Aushang in den Geschäftsräumen der Behörde ersetzt werden.

§ 33. Die Bescheide der Versorgungsbehörden werden gegenüber dem Reichsfiskus mit der Zustellung, gegenüber den Berechtigten mit Ablauf der Rechtsmittelfrist rechtskräftig.

§ 34. Schreib- und Rechenfehler sowie ähnliche offenbare Unrichtigkeiten, die in dem Bescheide vorkommen, sind jederzeit auf Antrag oder von Amts wegen zu berichtigen. Über die Berichtigung entscheidet endgültig die Versorgungsbehörde, die den Bescheid erlassen hat. Die Verfügung, die einen Bescheid berichtigt, wird auf der Urschrift des Bescheides und den Ausfertigungen vermerkt.

§ 35. Zugunsten des Berechtigten kann das Versorgungsamt mit Zustimmung des Hauptversorgungsamts oder, soweit das Hauptversorgungsamt zuständig ist, dieses jederzeit einen neuen Bescheid erteilen.

Schlußbestimmungen.

§ 36. Die Landesdienststelle für das Rentenversorgungswesen in Bayern ist eine Reichsbehörde; die Bestimmung ihrer Aufgaben bleibt vorbehalten.

Die Erlasse vom 9. Oktober 1919 — IV. 10 064, vom 24. Februar 1920 — IV. 1068, 1. 20. Z. A. 4, und vom 19. Mai 1920 — IV. A. 4. 951. 5, durch die der Aufgabenkreis und die Zuständigkeit der Abteilung für Versorgung bei dem Deutschen Generalkonsulat in Zürich geregelt worden sind, bleiben in Kraft. Die Abteilung hat zugleich die Aufgaben eines Hauptversorgungsamts im Sinne des § 9 dieser Verordnung.

Der Aufgabenkreis und die Zuständigkeit der im § 3 Abs. 2 bezeichneten Versorgungsämter in Kiel und in Wilhelmshaven werden durch besondere Verordnung geregelt.

§ 37. Die §§ 1 bis 3 und 9 Buchstabe b dieser Verordnung treten mit der Veröffentlichung dieser Verordnung im Deutschen Reichsanzeiger, die übrigen Bestimmungen am 1. August 1920 in Kraft.

§ 38. Diese Verordnung findet keine Anwendung, soweit es sich um das Verwaltungsverfahren in Pensionsfragen der aktiven Offiziere der alten Wehrmacht und der auf Grund des § 32 des Offiziers-Pensions-Gesetzes vom 31. Mai 1906 (RGBl. S. 565) Pension beanspruchenden Personen und deren Hinterbliebene handelt.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Wahrung der Rechte aus der Angestelltenversicherung in den abgetretenen Gebieten.

In der Sitzung des Verwaltungsrats der Angestelltenversicherung am 6. 5. 20 bat ein Angestelltenvertreter um Auskunft, welche Schritte das Direktorium zur Wahrung der Rechte der Angestellten in den abgetretenen Gebieten unternommen habe.

Ein Mitglied des Direktoriums legte dar, inwiefern durch den Friedensvertrag dem Direktorium die Hände gebunden seien. Der Friedensvertrag empfehle eine Einigung zwischen den beteiligten Staaten durch Abschluß besonderer Verträge innerhalb einer bestimmten Frist. Es sei leider nur möglich gewesen, einen derartigen Vertrag mit Belgien, nicht dagegen mit Frankreich und Polen abzuschließen. Trotz des besten Willens der Reichsregierung sei es mit diesen beiden Staaten zu ernstlichen Verhandlungen gar nicht gekommen. Die Frist sei inzwischen verstrichen. Nach dem Friedensvertrag sei nunmehr die Erledigung dem Völkerbund überlassen. Das Direktorium werde selbstverständlich in jeder nur möglichen Weise die Interessen der Versicherten in den abgetretenen Gebieten zu wahren suchen.

In der Sitzung des Verwaltungsrats am 7. 7. 1920 fragte ein Angestelltenvertreter, welchen Weg die Versicherten in den abgetretenen Gebieten hinsichtlich ihrer Versicherung und zur Erlangung des Heilverfahrens einschlagen sollten, sowie was das Direktorium in dieser Frage bisher unternommen habe.

Ein Mitglied des Direktoriums erwiderte, daß nach dem Friedensvertrag die Anstalt verpflichtet sei, das Deckungskapital für die im abgetretenen Gebiete wohnhaften Versicherten an die Staaten des Wohnsitzes auszuzahlen. Diese wiederum seien nach Artikel 312 des Friedensvertrages gehalten, die gezahlten Beträge zu verwenden „nach den Verpflichtungen, die aus der Versicherung entspringen.“ Wenn die nach dem Friedensvertrag zulässigen Verhandlungen über die Verwendung der Gelder mit den meisten der beteiligten Staaten zu keinem Erfolg geführt hätten, so treffe die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hieran keine Schuld. Polen insbesondere habe die dafür vorgesehene dreimonatliche Frist einfach verstreichen lassen.

Nach weiterer längerer Aussprache ersuchte der Verwaltungsrat das Direktorium, bei der Regierung sofort wegen der Lage der Versicherten in den abgetretenen Gebieten vorstellig zu werden und in der nächsten Sitzung dem Verwaltungsrat mitzuteilen, was geschehen sei. Außerdem solle tunlichst ein höherer Beamter, eventuell gemeinsam mit Vertretern des Reichsversicherungsamtes und der Landesversicherungsanstalten, nach Polen geschickt werden, um die Sachlage zu prüfen und Wünsche der Angestellten entgegenzunehmen. Auf Anregung eines Direktoriumsmitgliedes sprachen die Versammelten weiter den Wunsch aus, das Direktorium möge Schritte unternehmen, daß durch Gesetzesänderung den Versicherten in Polen die Möglichkeit freiwilliger Weiterversicherung, die sie gegenwärtig nicht haben, gegeben werde.

Es sei zweckmäßig, die Öffentlichkeit über den Sachverhalt und über alle Maßnahmen des Direktoriums aufzuklären, damit die Versicherten sähen, daß alles nur Mögliche für sie getan würde.

Physikalische Heilanstalt einer Krankenkasse.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse zu Erfurt hat, um die immer mehr anwachsenden Kosten der Sachleistungen zu mindern und um anderseits den Mitgliedern die Fortschritte auf dem Gebiete der physikalischen Heilmethoden in weitem Maße zugute kommen lassen zu können, eine eigene physikalische Heilanstalt errichtet, in der zunächst betrieben werden: Röntgendurchleuchtungen, Röntgenaufnahmen, Höhensonnenbestrahlung, Diathermie, Hochfrequenzbehandlung, Galvanisation, Faradisation, elektrische Vibrationsmassage. Sobald die zur Zeit noch bestehenden Schwierigkeiten in der Beschaffung von Therapieröhren und den besonders konstruierten Meßinstrumenten behoben sein werden, soll auch Röntgentherapie in vollem Umfange ausgeübt werden.

Durch die Errichtung dieses Instituts sollen den Mitgliedern die genannten physikalischen Methoden, deren wachsende Bedeutung sich noch nicht absehen läßt, in wissenschaftlich einwandfreier Weise gesichert werden.

Zwischen Versicherten und Familienmitgliedern wird im Institut ein Unterschied nicht gemacht, d. h. die Familienmitglieder haben, im Gegensatz zu den sonstigen derartigen Instituten, in Erfurt im Lichtinstitut der Kasse völlig freie Behandlung.

Vereinigung der für Krankenkassen Deutschlands tätigen Apotheker.

Unter diesem Namen haben sich in einer Tagung zu Leipzig vom 7. und 8. August die „Vertrauensapotheker" der Krankenkassen zusammengeschlossen. Der wesentliche Zweck war die Aufstellung von Richtlinien, die geeignet sind, den Krankenkassen preiswertere Medikamente usw. zu beschaffen. Ferner wurde besprochen: die Apothekenreform unter besonderer Berücksichtigung der Krankenkassen, die Selbstabgabe von Artikeln zur Krankenpflege, Verbandstoffen und freigegebenen Arzneimitteln sowie die Gründung von Einkaufsgenossenschaften, die Erweiterung der Liste A (freigegebene Arzneimittel) und die Aufstellung einer einheitlichen Reichshandverkaufstaxe. Der Verein wird auch bemüht sein, die wirtschaftliche Lage der für die Krankenkassen tätigen Apotheker zu verbessern.

Durchführung der Verordnung über die Zulagen zu den Unfallrenten.

Zur Durchführung der „Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung" vom 5. Mai 1920 mußten die Berufsgenossenschaften sämtliche laufenden Renten auf Höhe und Unfalltag nachprüfen, den Betrag für jeden danach zulagepflichtigen Fall einzeln errechnen und bei der Post anweisen. Die Verordnung wurde erst im Reichsanzeiger vom 10. Mai d. J. veröffentlicht, die Ausführungsbestimmungen zuerst am 28. Mai. Erst danach konnte an die praktische Durchführung der Verordnung gegangen werden. Das Reichsversicherungsamt hatte daher in Würdigung der Verhältnisse in einem Runderlaß die Erwartung ausgesprochen, daß die Neuanweisung der Zulagen drei Monate nach dem Inkrafttreten der Verordnung beendet sei. Wie wir erfahren, hat es eine Reihe von Berufsgenossenschaften erreicht, bereits Mitte Juli, also etwa sechs Wochen nach Empfang der Ausführungsbestimmungen, mit der Berechnung und der Anweisung der Zulagen fertig zu sein, ein gutes Zeugnis für die Leistungsfähigkeit der berufsgenossenschaftlichen Verwaltung und zugleich erfreulich für die Rentenempfänger.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Nachforderung von Krankenkassenbeiträgen auf Grund der Verordnung vom 30. 4. 20.

1. Nach Pirna. Frage: Unter Hinweis auf die Auskünfte im laufenden Jahrg. S. 339 Ziff. 3 und 6 hat eine Ortskrankenkasse auf Grund eines erst am 23. Juni 1920 gefaßten Vorstandsbeschlusses über Erhöhung der Grundlöhne bis 30 M. die Beiträge nach den neuen Grundlöhnen rückwirkend vom 2. Mai 1920 gefordert. Ein Arbeitgeber und seine Versicherten verweigern die erhöhten Beiträge auf die Zeit, die vor dem Tage liegt, an dem die Kasse dem Arbeitgeber die veränderten Grundlöhne und Beiträge schriftlich mitgeteilt hat. Es wird geltend gemacht, daß ein nachträglicher nochmaliger Abzug der erhöhten Beiträge vom Lohne nicht mehr zulässig sei. Die Kasse rechtfertigt ihr Verhalten neuerdings noch damit, daß es auch nach der Auskunft auf S. 437 Ziff. 6 rechtlich zulässig sei, wenn sie die Wirkung ihres Beschlusses vom 23. Juni 1920 auf den 2. Mai 1920 zurückverlegt habe. Nach hiesiger Ansicht ist es unbillig, den Arbeitgebern Beiträge abzufordern, die sie den Versicherten vom Lohne nicht mehr kürzen können, z. B. dann, wenn das Arbeitsverhältnis inzwischen gelöst worden ist, wie es auch in diesem Streite zum Teil der Fall ist.

Antwort: An der Rechtslage, wie sie sich aus dem Gesetze selbst mit Notwendigkeit ergibt und in den angeführten Auskünften dargelegt ist, wird dadurch, daß sie in manchen Fällen zu einer unbilligen Beeinträchtigung der Arbeitgeber führt, nichts geändert. Es könnte höchstens in Frage kommen, ob die Kasse in solchen Fällen billige Schonung üben und von der Beitreibung der Beiträge absehen darf, ohne daß sich ihre Organe einer persönlichen Haftung und einem Einschreiten der Aufsichtsbehörde nach §§ 23, 30, 31 Abs. 3 RVO. aussetzen. Daß aber die Kasse, wenn sie solche Schonung nicht übt und den Beitragsunterschied nachfordert, mit diesem Anspruch von der Aufsichtsbehörde nicht abgewiesen werden kann, halten wir nach Lage des Gesetzes nicht für zweifelhaft.

Zwei Drittel des Durchschnittsbetrages des gesetzlichen Krankengeldes als Ersatz für Krankenpflege (§ 370 Abs. 1 RVO.).

2. **Nach Stettin.** Antwort: Wir sind nicht der Meinung, daß die Barleistung aus § 370 Abs. 1 RVO. „für die Dauer der Krankheit, also unabhängig von der Zahl der Behandlungstage, zu zahlen" sei, meinen vielmehr, daß der Barbetrag für jeden Tag anzusetzen ist, an dem der Versicherte der Krankenpflege bedurfte — wie wir dies im Heft 17 S. 339 Ziff. 2 näher begründet haben. Dabei ist noch zweierlei zu beachten: 1. Es kommen nicht nur die Tage in Betracht, an denen der Arzt eine Verrichtung vorgenommen hat, sondern es kommt die ganze Anzahl der Tage in Betracht, an denen der Kranke unter ärztlicher Fürsorge gestanden hat, in dem Sinne, wie wir dies für die ähnliche Vorschrift des § 193 Abs. 3 RVO. in ArbVers. 1918 S. 680 Ziff. 7 dargelegt haben (zu vgl. auch Entsch. des RVA. 2506, ArbVers. 1919 S. 250 Sp. 2). 2. Die hiernach zu berechnende Summe bezeichnet den Höchstbetrag, bis zu welchem dem Versicherten Ersatz für die Krankenpflege zu leisten ist; innerhalb dieser Grenze kann er (anders als im Falle des § 193 Abs. 3) nur den Betrag seiner wirklichen Aufwendungen für Krankenpflege beanspruchen (zu vgl. die „Grundsätze" in ArbVers. 1913 S. 834 Ziff. 4, vorletzter Absatz).

Anwendung der neuen Grundlohnsätze auf bereits vorher erkrankte, überwiesene Mitglieder (§§ 300, 211, 212 RVO.).

3. **Nach R. R.** Antwort: a) Ihre Kasse hat den überwiesenen Mitgliedern der aufgelösten Kasse (§ 300 RVO.) die weitere Leistung nach Ihrer Satzung zu gewähren (§ 212 RVO.), also bei der Bemessung des Krankengeldes die Lohnstufenordnung zugrunde zu legen, die bei Ihrer Kasse gilt. Der Versicherte kann aber infolge davon nur ebenso, nicht besser und nicht schlechter gestellt werden, als wenn er vom Beginn seiner Krankheit an Ihrer Kasse angehört hätte. Die nach Eintritt des Versicherungsfalls für Ihre Kasse in Kraft getretene Neufestsetzung der Grundlöhne hat auf die Bemessung des Krankengeldes keinen Einfluß (§ 211 Halbsatz 2); das gilt für Versicherte, die der Kasse erst nach ihrer Erkrankung überwiesen sind, nicht minder als für solche, die ihr schon vorher angehörten. Ihre Auffassung ist also die richtige.

b) Wenn die Weitergewährung der Krankenhauspflege des Lungenleidenden in einem anderen Krankenhause durch eine inzwischen eingetretene oder zutage getretene andere Krankheit (Geschlechtskrankheit) veranlaßt ist, so handelt es sich doch um einen einheitlichen Versicherungsfall, da es hierbei nur auf das Kranksein als solches, nicht auf die Krankheitsursache ankommt. Durch die Aufnahme des Kranken in die andere Heilanstalt ist also eine neue Unterstützungsdauer nicht in Lauf gesetzt. Ob und wie lange hiernach die Kasse noch Krankenhilfe nach §§ 182, 183, 184 RVO. zu gewähren hat, können wir nicht sagen, da Ihre Satzung nicht beigelegen hat.

Reisekosten des Kassenarztes, der bei einer Überlandfahrt andere Kranke besucht.

4. **Nach X.** Antwort: Auszugehen ist von der Vorschrift des § 80 Abs. 2 der Gewerbeordnung, die bestimmt: „Die Bezahlung der approbierten Ärzte usw. (§ 29 Abs. 1) bleibt der Vereinbarung überlassen. Als Norm für streitige Fälle im Mangel einer Vereinbarung können jedoch für dieselben Taxen von den Zentralbehörden festgesetzt werden." Die Ansprüche des Kassenarztes bemessen sich also in erster Reihe nach den vereinbarten „Bedingungen", soweit diese aber Lücken aufweisen, über deren Ausfüllung eine besondere Vereinbarung zwischen der Kasse und dem Arzt nicht zustande kommt, nach der Taxe der preußischen Gebührenordnung für approbierte Ärzte. Um eine solche Lücke handelt es sich im vorliegenden Falle, da die uns vorliegenden „Bedingungen" zwar die dem Kassenarzt bei Besuchen außerhalb seines Wohnortes zustehenden Sätze für Fuhrkosten feststellen, nicht aber den Fall regeln, daß der Arzt, bei Gelegenheit eines Besuches außerhalb seines Wohnortes im Auftrage der Kasse, noch von anderen Kranken in Anspruch genommen wird. Für diesen Fall beruft sich daher der Arzt mit Recht auf Ziff. 23 der Taxe, wonach jene „anderen Kranken", also diejenigen, die nicht als Angehörige derselben Kasse seine Dienste in Anspruch nehmen, nur die Sätze unter Ziff. 1 und 3 der Taxe, also nur die Besuchs- oder Beratungsgebühr zu zahlen, nicht aber auch einen Anteil der Fuhrkosten und der Entschädigung für Zeitversäumnis zu tragen haben (zu vgl. Förster, Preuß. Geb. Ordg. Anm. 10; Joachim—Korn Anm. 41).

Zuständigkeit für Streit über Abzug von Versicherungsbeiträgen nach Lösung des Beschäftigungsverhältnisses (§ 405 Abs. 1 RVO.).

5. **Nach Elbing.** Frage: Beim hiesigen Kaufmannsgericht ist ein Streit anhängig. Eine Kassiererin behauptet, daß ihr Arbeitgeber auf Grund einer stillschweigenden Vereinbarung die Beiträge zur Angestellten- und Krankenversicherung übernommen habe. Der Arbeitgeber will aber erst bei der Entlassung der Klägerin durch Einsichtnahme in die Bücher festgestellt haben, daß die Klägerin sich die Beiträge nicht abgezogen, sondern aus der Kasse das volle Gehalt entnommen und gebucht hat. Daraufhin hat der Arbeitgeber der Klägerin die Beiträge für die ganze Beschäftigungsdauer von drei Monaten bei der Entlassung vom Gehalt abgezogen. Es entsteht die Frage: Ist zur Entscheidung dieses Streitfalles bezüglich der Krankenkassenbeiträge das Versicherungsamt nach § 405 Abs. 1 RVO. zuständig oder das Kaufmannsgericht? Erteilt im ersteren Falle das Versicherungsamt eine vollstreckbare Ausfertigung seiner Entscheidung zwecks Einziehung des einbehaltenen Gehaltsteiles, oder muß die Klägerin auf Grund der Entscheidung des Versicherungsamts erneut beim Kaufmannsgericht klagen? Wegen der Beiträge zur Angestelltenversicherung haben wir direkt bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte angefragt.

Antwort: Aus der Anfrage ergibt sich, daß der Streit erst nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses anhängig geworden, daß er also nicht, wie § 405 Abs. 1 RVO. voraussetzt, zwischen dem Arbeitgeber und seinem „Beschäftigten" entstanden ist. Für einen solchen Fall hat Hahn (in seinem Handb. der KrVers. Anm. 1b zu § 405 und eingehender in ArbVers. 1916 S. 292 ff.) aus dem Wortlaut und dem Zwecke der Vorschrift hergeleitet, daß nicht das Versicherungsamt, sondern das ordentliche Gericht (gegebenenfalls das Kaufmanns- oder Gewerbegericht) zur Entscheidung zuständig ist, weil die Klage sich einfach als Anspruch auf Zahlung eines Restes des vereinbarten Gehalts darstellt. Wir verweisen auf diese Ausführungen und bemerken zur

zweiten Frage, daß, wenn das Versicherungsamt seine Zuständigkeit annehmen und den Arbeitgeber zur Zahlung des Restbetrages verurteilen sollte, diese Entscheidung auf Antrag der Klägerin vom Versicherungsamt im Wege eines Rechtshilfeersuchens zur Vollstreckung zu bringen sein würde (zu vgl. Hahn, Handb. Anm. 5 zu § 115 und Anm. 3 zu § 28 RVO., auch Gründe der Entsch. des RVA. 1951, ArbVers. 1915 S. 348, 350). — Wir bitten um Mitteilung des Bescheides des Direktoriums des Reichsversicherungsamts, falls dieses zu der entsprechenden Frage nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte Stellung nehmen sollte.

Kosten des Transports eines Erkrankten in seine Wohnung.

6. Nach Halle a. S. Frage: Von einer außerhalb der Stadtgrenze befindlichen städtischen Friedhofsverwaltung wurde der Kasse nach Schluß der Geschäftsstunden durch Fernsprecher mitgeteilt, daß ein bei der Friedhofsverwaltung beschäftigter Arbeiter an Krampfanfällen plötzlich schwer erkrankt und nicht imstande sei, seine auf einem nahe gelegenen Dorfe befindliche Wohnung aufzusuchen. Auf dem Friedhofe sei keine Gelegenheit, ihm die erforderliche Pflege und den ärztlichen Beistand zu verschaffen, weshalb der alsbaldige Transport nach seiner Wohnung sich erforderlich mache. Der Beamte gab die Zustimmung, daß der Transport auf Kosten der Kasse durch das städtische Kassenauto ausgeführt wurde, wodurch 60 ℳ Kosten entstanden sind. Muß die Kasse für diese Kosten aufkommen?

Antwort: Im allgemeinen gehören die Kosten, die durch die Rückkehr eines außerhalb Erkrankten in seine Wohnung, z. B. durch die Benutzung einer Droschke, entstehen, nicht zu den Kosten der ärztlichen Behandlung (ArbVers. 1910 S. 583 Ziff. 5). Wenn aber, wie im vorliegenden Falle, sofortige ärztliche Behandlung geboten war, die dem Versicherten am Orte der Erkrankung nicht zuteil werden konnte, so daß er zunächst an einen hierzu geeigneten Ort gebracht werden mußte, so bilden die hierdurch veranlaßten Kosten einen Teil der Kosten der ärztlichen Behandlung (daselbst S. 630 Ziff. 7a). Unter diesem Gesichtspunkt ist es ohne Belang, daß der Kranke in seine Wohnung, als den leicht erreichbaren und für die ärztliche Behandlung doch vor allem geeigneten Ort gebracht worden ist. Die Kasse muß daher die Kosten tragen.

Beitragspflicht der Arbeitgeber für Ersatzkassenmitglieder.

7. Nach Ehingen. Antwort: Wenn Sie gegenüber unserer Auskunft im Heft 22 S. 440 Ziff. 15c darauf hinweisen, daß seit Inkrafttreten des Ges. v. 28. 6. 19 (ArbVers. S. 412) der Arbeitgeber „die Beiträge direkt der Ersatzkasse abzuführen“ habe, so trifft das nur hinsichtlich solcher Ersatzkassen zu, für die eine Anordnung aus § 518 RVO. vor dem 17. 2. 19 ergangen ist. An diesem Tage nämlich ist die Vrdg. v. 3. 2. 19 (ArbVers. S. 125) in Kraft getreten, durch deren § 13 der § 518 RVO. aufgehoben worden ist. Seitdem können Anordnungen dieser Art nicht mehr erlassen werden. Dabei ist es auch nach dem Ges. v. 28. 6. 19 verblieben. Dieses hat den § 13 der Vrdg. v. 3. 2. 19 nur dahin geändert, daß alle Ersatzkassen, für die eine Anordnung aus § 518 (vor dem 17. 2. 19) erlassen ist, Anspruch auf das Arbeitgeberdrittel haben und daß dieser Beitragsteil vom Arbeitgeber unmittelbar an die Ersatzkasse einzuzahlen ist. Alle anderen Ersatzkassen aber haben keinen Anspruch mehr auf einen Anteil an den Beiträgen zur Pflichtkasse, sondern der Arbeitgeber hat sein Drittel nach § 517 Abs. 2 an die Pflichtkasse zu zahlen, die es unverkürzt behält. Diese Rechtslage hat Hoffmann in ArbVers. 1919 S. 644 Ziff. 2 klar dargelegt. Daraus folgt, daß der Arbeitgeber dies Drittel auch gemäß § 397 Abs. 1 bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung an die Pflichtkasse fortzuzahlen hat.

Vom Strammstehen der Krankenkasse vor dem Versicherungsamt.

8. Nach G. Frage: Der Geschäftsführer unserer Krankenkasse schrieb i. A. des Vorsitzenden an das Versicherungsamt: „Wir ersuchen um gefällige Mitteilung, ob die Firma . . . gegen die Strafverfügung vom . . . Einspruch erhoben hat.“ Das Versicherungsamt erteilte die Auskunft und fügte hinzu: „Im übrigen wird auf die zwischen Aufsichts- und untergeordneten Behörden innezuhaltende übliche Form des Schriftverkehrs verwiesen, die von dortaus dauernd mißachtet wird.“ — Was könnten wir wohl darauf antworten?

Antwort: Wir empfehlen, die Rüge schweigend hinzunehmen und in dem nächsten Falle nicht wieder um „gefällige“ Mitteilung, sondern schlechtweg um Mitteilung zu ersuchen. Denn wir können uns nur denken, daß der offenbar mit ernster Arbeit nicht überbürdete untergeordnete Beamte der vermeintlich übergeordneten Behörde etwas Anstößiges lediglich in der überflüssigen Floskel „gefällige“ gefunden hat.

Wegfall des Anspruchs auf Wochenhilfe für eine freiwillig beigetretene Wöchnerin auf Grund des § 215 Abs. 2 RVO.

9. Nach Lauingen. Antwort: Wenn durch die Satzung gemäß § 215 Abs. 2 RVO. die Kassenleistungen für freiwillig Beigetretene auf Krankenpflege und auf Krankenhauspflege ohne Hausgeld beschränkt sind, so ist dadurch jeder Anspruch auf Barleistungen, also nicht nur auf Krankengeld, sondern auch auf Wochengeld und Sterbegeld ausgeschlossen (zu vgl. die Auskünfte in ArbVers. 1915 S. 476 Ziff. 6, 1916 S. 814 Ziff. 4, sowie Hoffmann und Müller daselbst 1919 S. 646, 704). Die entgegenstehende Ansicht von Jaeger, „Die Wochenhilfe“, Kommentar Anm. 12 zu § 195a RVO. ist danach nicht haltbar. Dagegen besteht, weil eben der Wöchnerin „ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a nicht zusteht“ (§ 205a Abs. 1 Ziff. 2), auf Grund der Versicherung ihres Ehemannes ein Anspruch auf Familienwochenhilfe, sofern auch die übrigen Voraussetzungen des § 205a Abs. 1 erfüllt sind.

Das Reich hat auch von den Mehrleistungen an Familienwochenhilfe die Hälfte zu erstatten.

10. Nach Darmstadt. Frage: Eine Krankenkasse gewährt den Familienmitgliedern ihrer Mitglieder Wochenhilfe, welche über die Leistungen von täglich 1,50 ℳ Wochengeld und 75 Pf. Stillgeld hinausgeht. Sie ist hierzu nach § 205a Abs. 2 Satz 2 RVO. berechtigt. Muß das Reich nach § 205d auch von dem Mehrbetrage die Hälfte erstatten?

Antwort: § 205d Abs. 1 lautet: „Die Leistungen der Kasse nach § 205a werden ihr durch das Reich zur Hälfte erstattet.“ Zu den Leistungen

„nach § 205a" gehören nach dieser uneingeschränkten Fassung auch die daselbst im Abs. 2 Satz 2 bezeichneten, zulässigen Mehrleistungen. Also muß das Reich auch hiervon die Hälfte erstatten. — Anderer Meinung ist Jaeger, Kommentar zum Wochenhilfeges. Anm. 2 zu § 205d. Er meint, daß seine Auffassung sich „einwandfrei" aus dem Formblatt der Bekanntm. v. 7. 6. 20 (ArbVers. Heft 21 S. 408) ergebe, worin lediglich Rubriken für die Regelleistungen vorgesehen seien. Die Fassung der Eingangsworte des § 205d sei daher nicht hinreichend genau. Diese Begründung erscheint unhaltbar. Gegenüber der völlig klaren, einen Zweifel gar nicht aufkommenlassenden Fassung des Gesetzes kann man unmöglich dem von einem beliebigen Kanzlei- oder Rechnungsbeamten aufgestellten Muster, das nur den Regelfall und nicht auch die zugelassenen Überschreitungen berücksichtigt, die Bedeutung einer maßgebenden Gesetzeserläuterung beimessen; sondern es ist zu sagen, daß das Muster — nicht das Gesetz! — „nicht hinreichend genau" ist. Überdies ermächtigt das Gesetz im § 205d Abs. 3 das Reichsministerium doch nur zu näheren Bestimmungen „über die Nachweisung, Verrechnung und Zahlung", nicht aber zu einer maßgebenden Erläuterung oder richtiger: Umdeutung des sachlichen Inhalts einer in sich völlig klaren Gesetzesvorschrift.

Wieweit umfaßt die Erstattung aus § 197 auch Leistungen aus § 195b RVO.?

11. **Nach Limburg.** Antwort: Ausdrücklich schreibt § 197 in der Fassung des Wochenhilfegesetzes vor, daß der leistungspflichtigen Kasse „die Leistungen aus den §§ 195a 195c, 196" nach Verhältnis der Mitgliedzeit zu erstatten sind. Das schließt, wie Sie mit Recht annehmen, die Auffassung, daß auch die Leistungen aus § 195b erstattet werden müssen, aus. Indessen ist doch eine Einschränkung zu machen, die sich, wie wir meinen, aus dem Zwecke des Gesetzes ergibt. Das Gesetz will offenbar die Billigkeitserwägung, auf der § 197 beruht, nicht gelten lassen hinsichtlich der nicht unmittelbar aus dem Gesetze folgenden, sondern auf freier Entschließung der Kasse beruhenden, durch die Satzung eingeführten Mehrleistungen an Wochengeld und Stillgeld (§ 195b Abs. 1 und 2). Dazu gehören aber nicht die nach § 195b Abs. 3 über den Tod der Wöchnerin hinaus zu zahlenden Bezüge an Wochengeld und Stillgeld. Sie sind Pflichtleistungen der Kasse; der Abs. 3 des § 195b ist nur eine Ergänzung des § 195a, die vernünftigerweise dort und nicht im § 195b stehen müßte. Man wird dem Zwecke des Gesetzes nur gerecht, wenn man die Anführung des § 195a im § 197 nur mit der sich aus § 195b Abs. 3 ergebenden Ergänzung versteht.

Allerlei über Wochengeld und Stillgeld.

12. **Nach Duisburg.** Antwort: Weder das Wochengeld noch das Stillgeld fällt mit dem Tode der Mutter fort (§ 195b Abs. 3 RVO.; Heft 26 S. 517 Ziff. 1). Mit dem Tode des Kindes endet nur der Bezug des Stillgeldes, nicht des Wochengeldes. Sind Mutter und Kind gestorben, so entfällt jede weitere Leistung (Heft 19 S. 378 Ziff. 6c). Voraussetzung des Anspruchs auf Stillgeld ist in allen Fällen, daß die Wöchnerin überhaupt gestillt hat (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 59 Ziff. 9, S. 120 Ziff. 6). Wenn das Versicherungsamt hierüber eine Bescheinigung der „Mutterberatungsstelle" fordert, so kann sich das nur auf Fälle beziehen, in denen diese Stelle mit der Sache befaßt war. An sich sind selbstverständlich auch andere geeignete Beweismittel, so namentlich Bescheinigungen der Hebamme oder anderer verläßlicher Personen, zulässig, die von der Tatsache aus eigener Wahrnehmung Kenntnis haben. Bei Zwillingsgeburten ist, wenn die Mutter beide Kinder stillt, doppeltes Stillgeld zu zahlen (ArbVers. 1915 S. 692, 761). Nach § 196 Ziff. 1 RVO. kann die Kasse an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem „Wöchnerinnenheim" gewähren; das Wochengeld fällt also in diesem Falle fort. Gleiches ist aber auch anzunehmen, wenn die Wöchnerin auf Kosten der Kasse Kur und Verpflegung in einem „Krankenhaus" empfängt (ArbVers. 1916 S. 448, 754). Der Bezug des Stillgeldes wird davon nicht berührt. Wie in diesen Fällen die Nachweisung und Verrechnung zum Zwecke der Erstattung durch das Reich zu erfolgen hat (§ 205d), kann in der Tat zweifelhaft sein. Wir meinen: die Kasse stellt, wie sonst, den Betrag des durch die Anstaltspflege abgegoltenen Wochengeldes ein, macht einen entsprechenden Vermerk in der dafür bestimmten Spalte und fügt als Beleg die Quittung der Anstaltsverwaltung bei.

Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. setzt nur Ansprüche im Krankheitsfall voraus.

13. **Nach Grimma.** Antwort: Es ist nach der insoweit klaren Vorschrift des § 169 RVO. nicht zweifelhaft, daß die Versicherungsfreiheit nur Anspruch auf „Krankenhilfe", nicht auch auf Wochenhilfe, Sterbegeld, Familienhilfe voraussetzt. Zu vgl. die Erlasse in ArbVers. 1914 S. 87, 1920 S. 66, wo demgemäß Ansprüche nur für den „Krankheitsfall" vorgesehen sind.

Kosten der Bewachung eines Tobsüchtigen im Krankenhause.

14. **Nach Schwabach.** Antwort: Die Kosten der Überwachung eines tobsüchtigen Kranken gehören zu den Kosten der ärztlichen Behandlung, wenn die Überwachung vom Arzt angeordnet war und wesentlich mit den Zweck hatte, den Kranken vor sich selbst zu schützen (zu vgl. Entsch. des preuß. ObVerwGer. in ArbVers. 1908 S. 189; auch ArbVers. 1910 S. 583 Ziff. 8). Das gilt selbstverständlich auch für die ärztliche Behandlung im Rahmen der Krankenhauspflege. Hierbei muß die von der leitenden Schwester getroffene Anordnung, im Hinblick auf die Dringlichkeit, einer unmittelbar vom Arzt getroffenen gleichstehen (zu vgl. § 122 Abs. 1 Satz 2 RVO.). Ob die Kasse die Kosten der Bewachung neben dem Pflegesatz besonders bezahlen muß, richtet sich nach den maßgebenden allgemeinen Aufnahmebedingungen des Krankenhauses oder nach den etwa besonders getroffenen Vereinbarungen. Wenn in dem Pflegesatz, außer der ärztlichen Behandlung im engeren Sinne, nur die „gewöhnlichen, durch die Schwestern ausgeführten Nachtwachen" enthalten sind, so werden im vorliegenden Falle die Kosten für die Heranziehung von Mannschaften der freiwilligen Sanitätskolonne von der Kasse besonders zu bezahlen sein.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1294 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 1. Oktober 1920 | Heft 28

Die neue preußische Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte.

Die „Volkswohlfahrt“, das Amtsblatt des preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt, enthält in der Beilage zum Heft 12 (S. 263 ff.) die „Bekanntmachung, betreffend den Erlaß einer Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte, vom 1. September 1920“. Die neue Gebührenordnung tritt, unter Aufhebung der früheren Bestimmungen, am 1. Oktober 1920 in Kraft und verliert ihre Geltung am 1. April 1922 (§ 5). In der Anlage ist sie der bisher geltenden Gebührenordnung nachgebildet. Sie enthält: I. Allgemeine Bestimmungen; II. Gebühren für Ärzte (A. Allgemeine Verrichtungen, B. besondere ärztliche Verrichtungen, und zwar 1. wundärztliche, 2. geburtshilfliche und gynäkologische, 3. augenärztliche, 4. ohren-, nasen- und halsärztliche Verrichtungen); III. Gebühren für Zahnärzte.

Die „Allgemeinen Bestimmungen“ schließen sich im wesentlichen den bisherigen an. Als bemerkenswerte Neuerungen sind folgende zu erwähnen:

In dringenden Fällen sind auch von den gegen Krankheit nach der Reichsversicherungsordnung Versicherten nur die Mindestsätze zu entrichten (§ 2 Abs. 1 Satz 3). Das bedeutet: Wenn in einem dringenden Falle der Versicherte einen kassenfremden Arzt in Anspruch nimmt, so kann dieser von dem Versicherten (sofern er sich als solcher ausweist), wie wenn der Arzt von der Kasse beauftragt wäre, nur die Mindestsätze der Taxe beanspruchen — eine scheinbar recht billige und entgegenkommende Bestimmung, die aber für die Versicherten und für die Krankenkassen vollständig wertlos ist, wenn der Arzt, was ganz in seinem Belieben steht, die Behandlung von der Bewilligung einer höheren Vergütung abhängig macht. Hierauf ist schon vor dem Erscheinen der neuen Gebührenordnung in der „Betriebskrankenkasse“ (1920 S. 135, 136) hingewiesen worden mit dem Bemerken, die Ärzte müßten durch die neue Gebührenordnung auch verpflichtet werden, die ärztliche Behandlung von Versicherten für Rechnung der Krankenkassen zu den Mindestsätzen zu übernehmen. Hiergegen ist leider zu sagen, daß der Minister, dem der Erlaß der Gebührenordnung zusteht, nicht befugt ist, den Ärzten eine solche Verpflichtung aufzuerlegen; das könnte nur durch Gesetz geschehen.

Weiter ist bestimmt, daß bei Krankenkassen sich die Mindestsätze für besondere ärztliche Verrichtungen um den vierten Teil ermäßigen, wenn bei einer Reise zum Kranken die Aufwendungen für Fuhrkosten und Zeitversäumnis (Wegegebühr) mehr als 36 M. betragen (§ 2 Abs. 2).

Wenn endlich die Träger der Unfall-, der Invaliden- oder der Angestelltenversicherung die Zahlungspflichtigen sind, so kommt als Höchstsatz nur das Dreifache des Mindestsatzes in Betracht (§ 2 Abs. 3). Für diese Versicherungsträger gilt ja nicht, wie für die Krankenkassen, die Bestimmung, daß, wenn

die Zahlung aus ihren Mitteln zu leisten ist, nur die Mindestsätze zur Anwendung kommen. Zu ihren Gunsten ist aber jetzt wenigstens der Spielraum zwischen den Mindest- und Höchstsätzen der Taxe eingeschränkt.

Hiermit ist der, wie es uns scheint, wundeste Punkt der neuen Regelung berührt. Von den Mindestsätzen soll hier nicht weiter die Rede sein. Sie mögen den Geldverhältnissen und wohl auch der Leistungsfähigkeit der Zahlungspflichtigen, für die sie in Frage kommen, ungefähr entsprechen. Aber die Höchstsätze und die Spielräume zwischen den Mindest- und Höchstsätzen, mit denen die große Masse der Nichtversicherten zu rechnen hat, sind in der neuen Taxe höchst bedenklich gestaltet. In außerordentlich zahlreichen Fällen betragen die Höchstsätze das Zehnfache, das Fünfzehnfache und sogar das Zwanzigfache des Mindestsatzes! Innerhalb dieser weiten Grenzen soll die Gebühr, wie bisher, „nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles, insbesondere nach der Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung, der Vermögenslage der Zahlungspflichtigen den örtlichen Verhältnissen usw." bemessen werden (§ 3). Hiernach hat der Arzt im Sinne des Gesetzes freilich bei der Bemessung der Gebühren kein freies Belieben, sich mehr oder weniger der Höchstgrenze zu nähern, aber praktisch wird es doch zumeist auf ganz willkürliche Abschätzung der besonderen Umstände des Einzelfalles und auf rein persönliche, oft jeder Nachprüfung entzogene Beurteilung der Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung hinauskommen! Wie soll denn der Arzt z. B. sich in der großen Zahl der Fälle ein Bild machen können von der wirklichen Vermögenslage des Zahlungspflichtigen, der nur eben noch ein anständiges Gewand trägt und in einer anständigen Wohnung haust, die längst schon in einem schreienden Mißverhältnis zu seinem dürftigen Einkommen steht, und die er nur nicht aufgeben kann, weil er keine andere, billigere findet und weil er überdies die Kosten des Umzugs, die leicht ein Halbjahrseinkommen erreichen können, scheuen muß! So liegt die Sache bei vielen hunderttausend Beamten und Rentnern. Und wie sollte in der großen Mehrzahl der Fälle der Zahlungspflichtige die Möglichkeit und den Mut haben, die Rechnung des Arztes überhaupt zu beanstanden, da er doch die Erwägungen, auf denen die Abschätzung beruht, nicht kennt, und, wenn er sie erführe, kaum jemals nachprüfen könnte, so namentlich, wenn es sich um die „Beschaffenheit und Schwierigkeit" der Leistung handelt! Das war früher nicht anders, aber die Rechtslage hat sich durch die zum Teil maßlose Höhe der Höchstsätze und durch die unerhörte Spannweite zwischen Mindest- und Höchstsatz (10 bis 200, 100 bis 2000, 150 bis 3000 M. sind keine Seltenheiten in der neuen Taxe!) gewaltig zuungunsten des Publikums verschoben. Die neue Taxe ist durch die ihr gegebene Gestalt geradezu eine Ermunterung, mindestens aber eine starke Versuchung für den Arzt, seine Gebührenforderung auf der Grundlage von Sätzen aufzustellen, die sich den Höchstsätzen möglichst nähern oder sie gar erreichen. Er wagt dabei kaum mehr als vielleicht die schüchterne Anfrage des geknickten Patienten, ob nicht seine Verhältnisse überschätzt worden seien; er beziehe nämlich alles in allem, . . . M., was bei den jetzigen Verhältnissen . . Den Anspruch gelinde zu ermäßigen, bleibt ja dem Arzt dann immer noch unbenommen, und er braucht dabei gar nicht übel zu fahren.

Die neue Taxe bedeutet eine nicht zu unterschätzende Gefahr für die nicht versicherten Kranken, für die Volksgesundheit und weiterhin mittelbar für die Ärzte selbst. Die große Masse der Nichtversicherten, die Kleinmeister und sonstigen Kleingewerbtreibenden, die Beamten (selbst höherer Gehaltsstufen), Pensionäre, Rentner usw. haben allen Grund zur Beschwerde, daß ihnen, obwohl sie wirtschaftlich vielfach ganz wesentlich schlechter gestellt sind als große Gruppen der Versicherten, die Möglichkeit versagt ist, sich gegen allenfalls erschwingliche Kassenbeiträge freie ärztliche Behandlung nebst Heilmitteln zu sichern. Sie werden sich, mindestens nachdem sie durch einige trübe Erfahrungen über

die Tragweite der neuen Ordnung belehrt sein werden, auch bei ernsteren Erkrankungen nicht leicht zur Angehung des Arztes entschließen; sie werden wieder den Kurpfuschern in die Hände fallen oder auch auf ärztliche Hilfe und auf die ohnehin für sie kaum erschwinglichen Arzneien und sonstige Heilmittel ganz verzichten, auf Kosten ihrer schon durch die mangelhafte Ernährung geschwächten Gesundheit. Daß dies, zumal bei ansteckenden Krankheiten, zugleich eine Gefahr für die Volksgesundheit überhaupt bedeutet, ist klar. Der Schrei nach einer Ausdehnung mindestens der Versicherungs**berechtigung** auf alle Volksgenossen mit einem Einkommen, das eine gewisse Grenze, zur Zeit etwa 15 000 M., nicht übersteigt, wird laut und immer lauter werden. Die Bewilligung dieser gerechten Forderung, selbstverständlich unter Einbeziehung der Familienangehörigen in die Versicherung, wird nicht zu umgehen sein. Hieraus ergibt sich eine Gefahr auch für die Ärzte selbst, nämlich die weitere Einschränkung ihrer „Privatpraxis" auf jene engsten Volkskreise, die sich den Vorzug der Wahl des „Arztes ihres Vertrauens" auch gegen die höheren oder höchsten Sätze der neuen Gebührenordnung leisten können. Und muß nicht auch die Bewegung für Sozialisierung des ärztlichen Berufes neue Nahrung erhalten, wenn es breiten Schichten der Bevölkerung unmöglich wird, sich ordnungsmäßige ärztliche Behandlung für einen erschwingbaren Preis zu verschaffen?

Unter solchen Umständen gewährt es immerhin einigen Trost, daß die Geltung der neuen Verordnung von vornherein zeitlich beschränkt ist, daß sie am 1. April 1922 außer Kraft tritt — wenn ihre Geltung nicht verlängert wird. Diese 1½ Jahre werden auch in dieser Hinsicht eine schwere Prüfungszeit für das kranke Volk, zugleich aber auch eine Probezeit für die Ärzte sein. Viel wird von der Einsicht und dem Billigkeitsgefühl der Ärzte abhängen. Sie können die schlimmsten Folgen, die dem Volke und ihnen selbst drohen, abwenden oder mildern, wenn sie bei Handhabung der Taxe weise Mäßigung üben. M. N.

Ist Vorentscheidung des Vorsitzenden im Beschlußverfahren des Oberversicherungsamtes zulässig?

Von H. Baum, Regierungsobersekretär bei dem Oberversicherungsamt Coblenz.

Die Frage, ob auch im **Beschlußverfahren** vor dem Oberversicherungsamt der Vorsitzende in allen oder in einigen Fällen zum Erlasse einer Vorentscheidung befugt sei, ist bis jetzt noch nicht zweifelsfrei geklärt. Die Verneinung solcher Befugnis im Schrifttum (vgl. z. B. ArbVers. 1914 S. 318 Ziff. 6a, 1915 S. 72 Ziff. 6a und 1918 S. 253; aber auch 1920 S. 446 und die grundsätzl. Entsch. des Reichsversicherungsamts Nr. 1915, AmtlNachr. 1914 S. 741, letztere hinsichtlich des Verfahrens vor dem **Versicherungsamt**) stützt sich ausschließlich auf die Tatsache, daß ein die Vorentscheidung ermöglichender Rechtsgrund weder in der Reichsversicherungsordnung selbst, noch in der ihre Verfahrensvorschriften ergänzenden Kaiserlichen Verordnung für die Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911 gefunden werden kann, in letzterer insbesondere deshalb nicht, weil sich in ihr eine dem § 60 der Verordnung für die Versicherungsämter entsprechende Bestimmung nicht findet. Will man gleichwohl der Zulässigkeit der Vorentscheidung das Wort reden, so könnten nur etwa Erwägungen der Zweckmäßigkeit dafür in Frage kommen. Stichhaltige Gründe dieser Art sind aber nicht anzuerkennen. Dagegen läßt sich mit größerem Anspruch auf Richtigkeit aber die **Unzulässigkeit** der Vorentscheidung dartun, wenn man dabei weniger auf das Zweckmäßige oder Nützliche, sondern allein auf die rechtliche Bedeutung der Vorentscheidung und auf die Rechtslage sieht, die sich aus ihrer Zulassung ergeben würde. Dazu wird eine

kritische Beleuchtung der bis jetzt noch nicht erörterten Frage, weshalb wohl für die Vorentscheidung ein Rechtsgrund nicht gefunden werden möge, nur von Nutzen sein.

Nach § 1780 RVO. ergehen, soweit nicht das Spruchverfahren vorgeschrieben ist, die Entscheidungen der Versicherungsbehörden im Beschlußverfahren. Mit welchen Beschlußsachen in jedem einzelnen Falle das Beschlußkollegium zu befassen ist, bestimmt nach § 1781 Abs. 1 Satz 1 das Gesetz. Da, wo diese Bestimmung fehlt — z. B. im § 405 Abs. 2 die Vorschrift, daß die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts auf Beschwerde endgültig zu entscheiden hat — gilt die allgemeine Regel des § 1781 Abs. 1 Satz 2, daß Beschlußsachen, die nach Gesetz der Beschlußausschuß zu entscheiden hat, im weiteren Rechtszuge des Beschlußverfahrens von Beschlußkammer und Beschlußsenat zu entscheiden sind. Der Grundsatz des § 1781 Abs. 1 Satz 2, daß die vom Gesetz besonders bezeichneten Beschlußsachen durch den Beschlußausschuß des Versicherungsamts zu entscheiden sind, wird einzig durch die in der Kaiserlichen Verordnung für zulässig erklärte Vorentscheidung des Vorsitzenden insoweit durchbrochen, als entweder sie unter Umständen den Streitfall rechtskräftig austrägt oder die Sache durch Anrufung des Oberversicherungsamts dem Beschlußausschuß entzogen wird. Da die Vorentscheidung aber, rein auf die vorhandenen rechtlichen Unterlagen gesehen, nicht auch im Verfahren vor dem Oberversicherungsamt ebenso ausdrücklich zugelassen ist, so würde sich für dieses an und für sich lediglich die wörtliche Befolgung des § 1781 Abs. 1 Satz 2 ergeben, ohne Rücksicht auf jene von diesem Grundsatze erlaubterweise abweichende Behandlung der Sache vor dem Versicherungsamt. —

Während hiernach das Spruchverfahren als Regel die Erledigung durch die Spruchkammer und als zulässige Ausnahme die Vorentscheidung des Vorsitzenden nach Paragraphen 1657 und 1698 kennt, ohne jedoch die Entscheidung durch die Kammer in besonderen Fällen vorzuschreiben, werden die Beschlußsachen — soweit das Verfahren vor dem Oberversicherungsamt in Betracht kommt — von vornherein in zwei verschieden zu behandelnde Arten getrennt: der eine Teil wird durch einfache Entscheidung des Vorsitzenden, der andere durch die Beschlußkammer erledigt. Auch die Paragraphen 7 und 42 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter sprechen von „Beschlußsachen, die nicht durch die Beschlußkammer zu entscheiden sind“ und deshalb „durch ein Mitglied des Oberversicherungsamtes“ erledigt werden, und solchen, die „vor der Beschlußkammer zu verhandeln“ sind; aus beiden Paragraphen ergibt sich deutlich die bewußte Zweiteilung der Beschlußsachen, deutlicher allerdings nur aus § 7, da der andere auch diejenigen Sachen mit umfaßt, die, ohne durch Gesetz der Beschlußkammer vorbehalten zu sein, vom Vorsitzenden ihr überwiesen werden. Bei den Spruchsachen konnte die Vorentscheidung nur allgemein als zulässig bezeichnet werden, weil nicht von vornherein diejenigen Fälle ausgesondert werden konnten, in denen sie anwendbar sei. Bei Beschlußsachen dagegen konnten von vornherein die der Beschlußkammer vorzubehaltenden Fälle im einzelnen kenntlich gemacht werden. Nun steht dem Vorsitzenden der Beschlußkammer aber nach § 1781 Abs. 2 noch das Recht zu, der Beschlußkammer „auch andere“ Beschlußsachen zu überweisen, sofern es sich um Fragen von grundsätzlicher Bedeutung handelt; er muß das tun, wenn es bei Meinungsverschiedenheit ein an der Bearbeitung der Sache beteiligtes Mitglied beantragt. Unter diesen „anderen“ Sachen können nur diejenigen verstanden werden, die nicht ohnehin bereits durch Gesetz der Beschlußkammer überwiesen sind. Damit sind für die Beschlußsachen drei Möglichkeiten der Erledigung gegeben:

1. die Entscheidung durch den Vorsitzenden,
2. die Entscheidung durch die Beschlußkammer auf Grund des Gesetzes,
3. die Entscheidung durch die Beschluß-

kammer auf Grund einer Überweisung an sie durch den Vorsitzenden.

Läßt man nun auch noch die Vorentscheidung des Vorsitzenden als eine 4. Entscheidungsmöglichkeit zu, so fragt sich zunächst, ob sie nicht schon von vornherein bei einem Teil der Beschlußsachen ausgeschlossen ist. Das ist aber der Fall, abgesehen von den Sachen, die der Vorsitzende der Beschlußkammer überweisen *muß*, bei den Sachen, die nach § 1781 Abs. 1 Satz 1 und 2 durch die Beschlußkammer entschieden werden müssen, sei es, daß das Gesetz es bestimmt oder daß der Beschlußausschuß des Versicherungsamtes in erster Instanz entschieden hat. Wollte man wenigstens im letzteren Falle doch die Vorentscheidung zulassen, so würde der Vorschrift des zweiten Satzes a. a. O. dann nicht entsprochen werden, wenn etwa die Vorentscheidung Rechtskraft erlangte; denn das wäre zweifellos keine Erledigung durch die „Beschlußkammer". Auch im ersteren Falle würde die Erledigung einer Beschlußsache durch Vorentscheidung dann nicht dem Gesetz entsprechen, wenn diese durch Erlangen der Rechtskraft die Tätigkeit der Beschlußkammer ausschaltete. So bliebe die Vorentscheidung allenfalls zulässig in den Fällen, die der Entscheidung des Vorsitzenden allein bedürfen.

Hier erhebt sich die weitere Frage, welcher *Rechtsbehelf* gegen die Vorentscheidung gegeben sein soll. Auf die Entscheidung des Vorsitzenden, der die Vorentscheidung erlassen hat, dürfte natürlich nicht erneut verwiesen werden; es käme allenfalls die Anrufung der Entscheidung der *Kammer* (bei nicht endgültigen Entscheidungen daneben auch das Rechtsmittel der Beschwerde oder weiteren Beschwerde an das Reichsversicherungsamt) in Betracht. Das wäre an und für sich unbedenklich, wenn nicht dadurch einerseits ein gewisser Gegensatz in der Behandlung zu den Streitfällen geschaffen würde, die der Entscheidung durch die Beschlußkammer vom Gesetz ausdrücklich vorbehalten sind und in welchen daher eine Vorentscheidung ohnehin als unzulässig gelten muß, anderseits die Beschlußkammer mit Sachen belastet werden würde, in denen eine Entscheidung durch die Kammer vom Gesetz nicht *verlangt* wird. Wo es sie nur *zuläßt*, handelt es sich, wie bereits gesagt, nicht um so einfache Sachen, wie sie Gegenstand einer Vorentscheidung zu sein pflegen.

Endlich würde die auf Vorentscheidung des Vorsitzenden ergehende Entscheidung der Kammer lediglich eine — bei der verhältnismäßig geringen Zahl von Kammersitzungen überhaupt — unnütz zeitverschwendende Formsache sein, da das Kollegium der Kammer in den meisten Fällen ohne Zuziehung der Parteien (also ohne mündliche Verhandlung) und unter Mitwirkung nur je *eines* Beisitzers aus dem Stande der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer entscheidet, denen aber *zwei* Juristen, einschließlich des Vorsitzenden selbst, gegenüberstehen. Der Ausgang einer bereits durch Vorentscheidung behandelten Sache vor der Beschlußkammer kann daher in den überwiegenden Fällen einer Verhandlung ohne Parteien im voraus nicht zweifelhaft sein. —

Daraus ergibt sich einesteils aus rechtlichen Erwägungen die *un*bedingte Unzulässigkeit der Vorentscheidung in den hier hervorgehobenen besonderen Fällen; im übrigen — vom praktischen Standpunkte gesehen —, daß Zweckmäßigkeitsgründe zwingender Natur für ihre *bedingte* Zulassung nicht vorliegen. Im Gegenteil hätte die Zulassung der Vorentscheidung in den einzig denkbaren Fällen eine genaue Überlegung bei jeder Sache und oftmals Zweifel im Gefolge, ob nicht einer der vielen anderen Fälle vorliegt, in denen sie offenbar *nicht* zulässig ist. Daraus ergibt sich der einzige Schluß, daß ihr gänzliches Fehlen in jeder Hinsicht das bessere ist, weshalb denn auch die RVO. sie nicht ausdrücklich zugelassen hat.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 7 und 8 der **Amtl. Nachr.** vom 15. Juli und 15. August 1920.)

I. Unfallversicherung.

Bei Streit über das Sterbegeld ist der Rekurs nach § 1700 Ziff. 6 RVO. auch dann unzulässig, wenn der Entschädigungsanspruch an sich streitig ist (Großer Senat 3044 S. 344).

Die Abfindung eines verletzten Ausländers nach § 617 RVO. umfaßt nicht nur den Anspruch auf Unfallrente, sondern auch auf Krankenbehandlung nach § 558 Ziff. 1 RVO. (3045 S. 347).

Verletzten, die infolge Betriebsunfalls an einem Fuße einen orthopädischen Stiefel tragen müssen, ist die Berufsgenossenschaft im allgemeinen nicht verpflichtet, auch Schuhwerk für den unverletzten Fuß zu liefern (3046 S. 372).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

In dem Verfahren vor den Versicherungsbehörden, das der Beschreitung des ordentlichen Rechtsweges wegen vermögensrechtlicher Ansprüche der Kassenangestellten voranzugehen hat (§ 358 Abs. 3 RVO.), entscheidet auf Beschwerde das Oberversicherungsamt endgültig (2584 S. 368).

Die Rechtsgültigkeit der mit Zustimmung des Oberversicherungsamts getroffenen Festsetzung des durchschnittlichen Tagesentgelts durch die Satzung kann nicht nachträglich deshalb beanstandet werden, weil sie infolge veränderter Umstände nicht mehr der Billigkeit entspreche (2585 S. 373).

Ein Anspruch auf Waisenaussteuer besteht auch, wenn zuvor eine Waisenrente deshalb nicht bezogen worden ist (§ 1296 RVO.), weil sie wegen verspäteten Antrags nach § 1253 RVO. nicht mehr gewährt werden konnte (2586 S. 375).

Versicherungsfreiheit der im § 169 Abs. 2 RVO. in der Fassung des § 1 Vrdg. v. 3. 2. 19 (RGBl. S. 191, ArbVers. S. 125) bezeichneten Beschäftigten setzt — neben Anstellung auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt — voraus, daß ihnen gegen ihren Arbeitgeber im Erkrankungsfall ein den Anforderungen des Abs. 1 a. a. O. entsprechender Versorgungsanspruch zusteht. — Dabei ist Anrecht auf Ruhegehalt nicht gleichbedeutend mit Anwartschaft auf Ruhegeld im Sinne des § 1234 RVO. und § 9 Vers-Ges. f. Angest., setzt vielmehr voraus, daß der Beschäftigte bei Dienstuntauglichkeit sofort Ruhegehalt zu fordern haben würde (2587 S. 376).

Eine Satzungsbestimmung, welche die freie ärztliche Behandlung nur solchen Familienangehörigen zubilligt, die mit dem Versicherten in einem bestimmten Bezirk in häuslicher Gemeinschaft leben, ist unzulässig (2588 S. 379).

Der Mindestbetrag des Sterbegeldes kann nicht auf mehr als 50 *M* festgesetzt werden (2589 S. 381).

Bei Betriebskrankenkassen für Reichs- oder Staatsbetriebe kann nach § 377 Abs. 3 RVO. die oberste Verwaltungsbehörde anderen Behörden auch Aufgaben des Versicherungsamts übertragen, die nicht im Aufsichtsrecht enthalten sind, wie z. B. Entscheidung über Anträge auf Befreiung nach §§ 173, 175 Abs. 2 RVO. (2590 S. 381).

Schiffer im Sinne des § 1226 Abs. 2 RVO. sind Schiffsführer, die eine gehobene Stellung einnehmen. Ob dies zutrifft, kann nur von Fall zu Fall entschieden werden (2591 S. 383).

B. Zur Krankenversicherung.

Grundlohn in der Krankenversicherung.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** v. 9. August 1920 (HMBl. S. 258).

Nach der Verordnung über Aufhebung der Verordnung vom 1. April 1920 (RGBl. S. 433) und über Heraufsetzung des Grundlohns und Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung vom 30. April 1920 (RGBl. S. 769) muß der höchste Grundlohn einer Kasse nicht ziffernmäßig 24 *M* betragen, sondern bei der Festsetzung des Grundlohns ein Tagesarbeitsverdienst von 24 *M* berücksichtigt werden. Hiernach kann beispielsweise eine Kasse eine höchste Lohnstufe für Versicherte mit 21 bis 24 *M* Verdienst einführen und für diese Stufe einen Grundlohn von beispielsweise 22,50 *M* oder 23 *M* festsetzen. Wo Arbeitsverdienste von 24 *M* von den Mitgliedern einer Kasse überhaupt nicht erreicht werden, würde auch die Festsetzung eines entsprechenden hohen Grundlohns gegenstandslos sein. Ob die letztere Voraussetzung bei den von der Kasse namhaft gemachten Fällen zutrifft, läßt sich mangels näherer Kenntnis der tatsächlichen Verhältnisse von hier aus nicht übersehen. Es wird anheimgestellt, in geeigneten Fällen sich mit einer Anzeige an die zuständige oberste Landesverwaltung zu wenden.

Soweit eine Kasse den wirklichen Arbeitsverdienst als Grundlohn festsetzt, muß dieser Arbeitsverdienst auch in vollem Betrage bis zu 24 *M* festgesetzt werden.

Wirkungsbeginn der neuen Grundlohnfestsetzungen.

Entscheidung des **Versicherungsamts** beim Bezirksverband **Greiz** vom 8. September 1920.

Die Klägerin ist als Fabrikweberin der Firma .... bis 15. Mai 1920 versicherungspflichtiges Mitglied der beklagten Kasse gewesen. Sie hat nach Auskunft der Arbeitgeber in der letzten Zeit einen Verdienst von täglich 33,60 *M* gehabt und gehörte demgemäß nach Art. I des II. Nachtrags vom 31. 12. 1917 zur Kassensatzung der 15. Beitragsklasse mit einem Grundlohn von 10 *M* an. Nach dieser Klasse ist ein Wochengeld von täglich 6 *M* und ein Stillgeld von täglich 3 *M* zu zahlen. Die Klägerin hat sofort nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses der Kasse gegenüber erklärt, daß sie gemäß § 313 Abs. 1 RVO. in Verbindung mit § 12 der Satzung freiwilliges Mitglied der Kasse bleiben wolle, und zwar in der höchsten Klasse, das ist in Klasse 15, der sie bisher auch angehört hat.

Durch Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 30. 4. 1920 ist nun mit Wirkung vom 7. 4. 1920 bestimmt worden, daß bei der Festsetzung des Grundlohnes der Entgelt bis 24 *M* pro Tag berücksichtigt werden muß. Die Satzung der Kasse kann diesen Betrag auf 30 *M* pro Tag erhöhen. Die Kasse hat von diesem Rechte Gebrauch gemacht und in der höchsten (15.) Klasse den Grundlohn auf 30 *M* festgesetzt. Der Beschluß der Kasse ist unterm 18. Mai 1920 erfolgt mit Wirkung vom 17. Mai 1920.

Die Klägerin hat bei der ersten Beitragszahlung Ende Mai 1920 nach dieser neuen Klasse 15 bezahlen wollen. Die Annahme der Beiträge nach dieser Klasse ist aber von der Kasse abgelehnt worden mit der Erklärung, daß sie nur nach Klasse 5 der neuen Klasseneinteilung steuern könne, welche dem Grundlohn der bisherigen Klasse 15 mit 10 *M* entspreche.

Die Klägerin ist am 11. Juni 1920 von einem Kinde entbunden worden und hat von der beklagten Kasse Wochengeld und Stillgeld nach Klasse 5 der neuen Klasseneinteilung vom 18. 5. 1920 erhalten, das sind 6 *M* Wochengeld und 3 *M* Stillgeld pro Tag. Sie fordert aber die Kassenleistung nach der Klasse 15 mit 18 *M* Wochengeld und 9 *M* Stillgeld pro Tag mit der Begründung, daß sie dieser Klasse auf Grund der Versicherungspflicht angehört, auch die Fortversicherung in dieser Klasse beantragt habe, ihr Arbeitsverdienst dieser Klasse entspreche und weil insbesondere die Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 30. 4. 1920 rückwirkende Kraft bis 7. April 1920 habe, sie also schon kraft Gesetzes während ihres versicherungspflichtigen Verhältnisses mit einem Tagesentgelt von 33 *M* der Klasse 15 der auf Grund dieser Verordnung vom Kassenvorstand neu erfolgten Klasseneinteilung angehört habe.

Die beklagte Kasse beantragte Abweisung des Klageanspruchs, weil der Beschluß der Kasse bezüglich der Neueinteilung der Klassen erst am 18. 5. 1920 mit Wirkung vom 17. Mai 1920 ergangen ist und die Klägerin schon vorher freiwilliges Mitglied geworden sei, nach einem Grundlohn von 10 *M*, der der jetzigen Klasse 5 entspreche.

Das Versicherungsamt hat die Kasse nach dem Klageantrage verurteilt aus folgenden G r ü n d e n :

Es handelt sich um die Entscheidung der Frage: ob den Vorschriften der Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 30. 4. 20 rückwirkende Kraft bis 7. April 1920 zugebilligt werden m u ß oder nicht.

Der § 180 RVO., der durch § 1 der vorerwähnten Verordnung abgeändert wird, ist zwar keine abgeschlossene Rechtsnorm, da er nur Grundbestimmungen aufstellt, deren Ausführung der Satzung vorbehalten ist. Diese Grundbestimmungen aber sind rechtsverbindlicher Natur und nach § 9 der Verordnung ausdrücklich mit Wirkung vom 7. April 1920 ab in Kraft getreten. Die wichtigste Vorschrift der Abänderung ist die, daß bei der Festsetzung des Grundlohnes der Entgelt (Tagesarbeitsverdienst) bis 24 *M* pro Tag berücksichtigt werden m u ß. Das Hinaufgehen über diesen Betrag bis auf 30 *M* pro Tag ist der Satzung überlassen. Die Rückwirkung der Verordnung bis 7. April 1920 ist zweifellos deshalb erfolgt, weil die Verordnung der Reichsregierung vom 1. April 1920 über die gleiche Materie, mit dem Tage der Verkündung, das ist der 7. April 1920, in Kraft trat und diese Verordnung durch Verordnung vom 30. April 1920 wieder aufgehoben wird. Der Gesetzgeber wollte also den Versicherten die Vorteile, die er bereits durch die Verordnung vom 1. April 1920 eingeführt hatte, durch die Wiederaufhebung nicht verkürzen und hat deshalb in § 9 bestimmt, daß die neuen Vorschriften rückwirkende Kraft bis 7. April 1920 haben.

In den §§ 3, 4 der Verordnung vom 30. April 1920 sind zwar für Durchführung der Abänderung des § 180 RVO. Fristen von vier Wochen und vier Monaten bestimmt. Auch ist der Kassenvorstand ermächtigt worden, innerhalb der Frist von vier Monaten v o r l ä u f i g die erforderlichen oder zulässigen Änderungen zu treffen, es ist aber in § 9 a. a. O. bestimmt worden, daß auch die §§ 3 und 4 m i t W i r k u n g v o m 7. A p r i l 1920 in Kraft treten. Das kann doch nur dahin verstanden werden, daß die Satzungsänderung, zu der an sich vier Monate Frist gelassen ist, und der vorläufige Beschluß des Kassenvorstandes (für den keine Frist bestimmt ist) mit Wirkung vom 7. April 1920 in Kraft treten. Hätte die Vorschrift der Verordnung über die Rückwirkung nur den Zweck, daß die Satzung oder der Kassenvorstand d a s R e c h t und nicht die Pflicht hat, die nötige Änderung bis 7. April 1920 rückwirkend zu erlassen, so hätte dies zum Ausdruck kommen müssen. Aus der Fassung der gesetzlichen Vorschriften ist eine solche Ansicht nicht zu ersehen und das Versicherungsamt vermag der Vorschrift eine solche Auslegung nicht zu geben. Es mag sein, daß die praktische Durchführung der Rückwirkung der Verordnung bis 7. April 1920 mit großen Schwierigkeiten verbunden ist, anderseits würden aber,

wenn über den Termin der Rückwirkung der Verordnung die Kasse nach freiem Ermessen zu bestimmen hätte, große Ungerechtigkeiten entstehen. Es wäre dann sehr wahrscheinlich, daß die Mitglieder der einen Kasse sich der doch ganz wesentlichen Vorteile der Reichsverordnung vom 30. April 1920 erfreuen könnten, während die Mitglieder säumiger Kassen einen oder zwei, oder drei und vier Monate darauf warten müßten, obwohl doch dasselbe Recht auch für diese gilt.

Das Versicherungsamt muß daher die strittige Frage dahin entscheiden, daß der Beschluß der Kasse über die vorläufige Festsetzung des Grundlohnes gemäß § 9 der Reichsverordnung mit Wirkung vom 7. April 1920 in Kraft tritt. Es vermag sich der in der „Arbeiter-Versorgung" 1920 Nr. 22 S. 437 Ziff. 6 und Nr. 23 S. 458 Ziff. 2 vertretenen Meinung aus den vorerwähnten Gründen nicht anzuschließen. Die Festsetzung eines späteren Zeitpunktes als 7. April 1920 durch die Kasse könnte sich nur auf die der Kasse nach der Reichsverordnung zur eigenen Entschließung überlassene Erhöhung des Grundlohnes über 24 *M* hinauf auf 30 *M* erstrecken. Aus der Fassung des Beschlusses der beklagten Kasse ist aber eine solche Absicht nicht zu ersehen, und das Versicherungsamt ist der Überzeugung, daß der Vorstand bei einem Beschluß an eine solche verschiedene Terminfestsetzung gar nicht gedacht hat.

Hat hiernach der Beschluß des Kassenvorstandes vom 18. Mai 1920 auf Grund der Reichsverordnung vom 30. April 1920 im allgemeinen und ohne Einschränkung rückwirkende Kraft bis 7. April 1920, so war die Klägerin gemäß ihres Arbeitsverdienstes von über 33 *M* pro Tag der 15. Lohnstufe (Arbeitsverdienst über 28 *M*) zuzuweisen, deren Grundlohn 15 *M* beträgt. Sie hatte nach dieser Lohnklasse vom 7. April 1920 ab Beiträge zu bezahlen und Leistungen zu beanspruchen und war gemäß § 312 RVO. berechtigt, sich nach ihrem Ausscheiden in dieser Klasse fortzuversichern und hat dies auch — wie von der Kasse zugegeben wird — getan. Hiernach aber war sie in Klasse 15 versichert und hatte, als sie am 11. Juni 1920 von einem Kinde entbunden wurde, auch Anspruch auf die Kassenleistungen nach dieser Klasse, das sind 18 *M* Wochengeld und 9 *M* Stillgeld pro Tag.

Anmerkung: Wir können aus den beachtenswerten Ausführungen der vorstehenden Entscheidung nur Bedenken gegen die Regelung der Sache durch den Gesetzgeber, aber keinen durchschlagenden Grund gegen unsere Auslegung der neuen Vorschriften entnehmen. Es bleibt eine grundsätzliche Entscheidung der Frage durch das Reichsversicherungsamt abzuwarten.

Anweisung der den Krankenkassen zu erstattenden Beträge für Wochenhilfe und Wochenfürsorge.

Erlaß des **preuß. Finanzministers** vom 27. August 1920 („Volkswohlfahrt" S. 257).

Die auf Grund des Gesetzes vom 26. September 1919/30. April 1920 von den Krankenkassen ausgelegten Beträge für Familienhilfe und Wochenfürsorge sind von den Versicherungsämtern bis auf weiteres auf die zuständige Kreiskasse (für den Stadtbezirk Berlin auf die Polizeihauptkasse Berlin) zur Zahlung anzuweisen. Befindet sich das Versicherungsamt am Orte einer Regierungshauptkasse, so sind die Zahlungen auf diese anzuweisen.....

Gefährdung der ärztlichen Versorgung (§ 370 RVO.).

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** v. 10. August 1920 (HMBl. S. 258).

Dem Beschluß der Beschlußkammer vom 30. Juni d. Js., durch welchen der Antrag der Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt Osnabrück auf Ermächtigung gemäß § 370 RVO. abgelehnt wird, kann ich nicht beistimmen. Nach dem in der Beschwerde geschilderten und dem angefochtenen Beschlusse zugrunde liegenden Sachverhalt hat zur Zeit des Antrages der Kasse ein Vertrag zwischen ihr und den Ärzten über die Versorgung der Kassenmitglieder nicht bestanden und haben die Ärzte nur die sich bei ihnen meldenden Kassenmitglieder gegen eine sofort zu entrichtende Gebühr behandelt, ohne Bescheinigungen darüber auszustellen. Die ärztliche Versorgung im Sinne des § 370 ist auf diese Weise offenbar ernstlich gefährdet gewesen. Denn unter ärztlicher Versorgung kann nicht die bloße Tatsache verstanden werden, daß eine ärztliche Behandlung von Kassenmitgliedern überhaupt stattfindet, sondern es muß eine Behandlung im Auftrage oder doch im stillschweigenden Einverständnis mit der Kasse vorliegen. Handelt es sich lediglich um eine vom Willen der Kasse gänzlich unabhängige Bereitwilligkeit von Ärzten zur Behandlung, so fehlt es der Kasse an jeder Kontrolle darüber, ob ihre Mitglieder auch von der bestehenden Möglichkeit der ärztlichen Behandlung Gebrauch machen und sich nicht etwa durch Unkenntnis über die Bereitwilligkeit der Ärzte oder durch den Zwang, aus eigener Tasche sogleich Barbeträge leisten zu müssen, vom rechtzeitigen Aufsuchen eines Arztes abhalten lassen.

Unter Aufhebung des Beschlusses der Beschlußkammer ersuche ich daher, bei grundsätzlicher Anerkennung einer Gefährdung der ärztlichen Versorgung im Sinne des § 370 nach Benehmen mit dem Kassenvorstande noch diejenigen weiteren Anordnungen

(§ 370 Abs. 2) zu treffen, welche zur Regelung des Verhältnisses der Kasse zu ihren Mitgliedern aus der Zeit des vertraglosen Zustandes erforderlich sind.

Zur Anwendung des § 370 der RVO.

Entscheidung des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 18. August 1920 (HMBl. S. 259).

Der Beschwerde kann keine Folge gegeben werden. Voraussetzung für die Anwendung des § 370 RVO. ist die ernstliche Gefährdung der ärztlichen Versorgung bei einer Krankenkasse dadurch, daß die Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten schließen kann, oder daß die Ärzte einen Vertrag nicht innehalten. Diese Voraussetzung liegt, wie das Oberversicherungsamt in N. mit Recht annimmt, nicht mehr vor, wenn die Ärzte den Krankenkassen gegenüber die in den Einigungsverhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen vom 21. Juni 1920 formulierte Erklärung abgegeben haben. In dieser Erklärung verpflichten sich die Ärzte, die bestehenden Vertragsverhältnisse mit den Kassen fortzusetzen und, wo Verträge abgelaufen sind, neue zu schließen unter der Voraussetzung, daß die Krankenkassen den Schiedsspruch und die Vereinbarungen vom 1., 2. und 21. Juni 1920 anerkennen. Hiermit ist für ein Vertragsverhältnis zwischen Ärzten und Kassen, sei es, daß ein Vertrag neu abzuschließen oder daß ein noch laufender Vertrag dem Schiedsspruch und den Vereinbarungen anzupassen ist, eine Grundlage gegeben und die Behandlung der Kassenmitglieder zu angemessenen Bedingungen sichergestellt. Der Widerruf der auf Grund des § 370 den Krankenkassen erteilten Ermächtigung durch das Oberversicherungsamt war unter diesen Umständen gerechtfertigt.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Gewährleistung der Anwartschaft auf Ruhegeld nach § 1234 RVO.

Entscheidung des **städt. Versicherungsamts München** vom 28. Februar 1919.

Nach der Art ihrer Beschäftigung fallen Josef W. und Anton H. unter den Kreis der nach § 1326 RVO. versicherungspflichtigen Personen. Sie sind nach dem Bundesratsbeschluß vom 19. Dezember 1913/19. Januar 1914 von der Versicherungspflicht befreit, wenn ihnen, wie von der Lokalbahnaktiengesellschaft behauptet wird, Anwartschaft auf die in § 1234 RVO. bezeichneten Leistungen gewährleistet ist.

Die Lokalbahnaktiengesellschaft ist als Arbeitgeber für ihre Angestellten der Pensionskasse für Beamte deutscher Privateisenbahnen in Berlin angeschlossen, bei der sie ihre Angestellten als Mitglieder versichert. Nach § 11 der Satzung dieser Kasse erlangen deren Mitglieder unter bestimmten Voraussetzungen einen Rechtsanspruch auf Pension und Hinterbliebenenversorgung. Dieser seinem Inhalt nach durch §§ 13 bis 23 der Satzung näher bestimmte Anspruch übersteigt die in § 1234 RVO. geforderten Mindestleistungen. Er richtet sich allerdings nicht gegen die Lokalbahnaktiengesellschaft als Arbeitgeberin, sondern gegen die genannte Pensionskasse als Dritte. Dagegen bestehen keine Bedenken, sofern nur der Anspruch genügend sichergestellt ist (Entsch. des RVA. 1005, 1158, 1172, 1320, Amtl. Nachr. 1902 S. 547, 1904 S. 521 und 627, 1907 S. 490). Diese Voraussetzung ist aber bei der Pensionskasse für Beamte deutscher Privateisenbahnen im Hinblick auf den Bundesratsbeschluß vom 4. März/26. März 1915 ohne weiteres als gegeben anzunehmen. Nach §§ 11, 16, 20 der Satzung der genannten Kasse erwerben männliche Mitglieder nach einer von der Vollendung des 21. Lebensjahres laufenden Beitragszeit von 10 Jahren einen Rechtsanspruch auf die Leistungen nach § 13 mit § 25 der Satzung. Der erworbene Anspruch geht bei unverschuldeter Dienstentlassung nicht verloren. Unverschuldete Dienstentlassung nach Zurücklegung der 10jährigen Wartezeit begründet sogar bei D i e n s t f ä h i g k e i t den Versorgungsanspruch (§ 11 Abs. 4 der Satzung). Im Hinblick auf die Bundesratsbekanntmachungen vom 19. Dezember 1913/19. Januar 1914 und 4./20. März 1915 besteht kein Zweifel darüber, daß Mitglieder der Pensionskasse, welche die in § 11 der Satzung vorgesehene Wartezeit zurückgelegt haben, von der Invalidenversicherungspflicht befreit sind.

Von den beiden Angestellten W. und H. gehört H. der Pensionskasse seit 1. Januar 1912 an, W. seit 1. Januar 1908. W. ist geboren am 2. Dezember 1881; er vollendete am 2. Dezember 1902 sein 21. Lebensjahr. Am 1. Januar 1918 war demnach von W. eine nach Vollendung des 21. Lebensjahres laufende Beitragszeit von 10 Jahren erreicht. Weil ihm damit ein nicht mehr entziehbarer Anspruch auf Pension gesichert ist, besteht für W. seit dem 1. Januar 1918 auch nicht mehr die Invalidenversicherungspflicht.

Dagegen hat H. die 10jährige Wartezeit noch nicht zurückgelegt. Ihm ist deshalb ein Anspruch auf Pension und Hinterbliebenenversorgung noch nicht gesichert. Nach dem Bundesratsbeschluß vom 19. Dezember 1913/19. Januar 1914 ist die Versicherungspflicht allerdings auch schon dann aufgehoben, wenn auch nur eine A n w a r t s c h a f t auf diese Ansprüche gewährleistet ist. Es ist deshalb zu prüfen, ob dem

H., solange er die vorgesehene 10jährige Wartezeit noch nicht erfüllt hat, eine Anwartschaft auf die Leistungen der Pensionskasse gewährleistet ist. Die Anwartschaft ist dann als gewährleistet anzusehen, wenn schon während der Wartezeit sichere Aussicht besteht, die Pensionsberechtigung und das Recht auf Hinterbliebenenversorgung zu erlangen (Amtl. Nachr. des RVA. 1903 S. 369, 1904 S. 520, 1905 S. 620).

§ 11 Abs. 4 der Satzung der Pensionskasse versagt bei unverschuldeter Dienstentlassung innerhalb der Wartezeit die Pensionsberechtigung. Nach § 31 Abs. 1 und 2 der Dienst- und Gehaltsordnung der Lokalbahnaktiengesellschaft, die nach § 7 Abs. 2 Bestandteil des mit der Lokalbahnaktiengesellschaft geschlossenen Dienstvertrages ist, behält sich die Lokalbahnaktiengesellschaft ausdrücklich das unbeschränkte Recht vor, jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Die in § 3 Abs. 1 der Satzung der Pensionskasse vorgesehene Sicherung der Stellung kommt dem H. nicht zugute, da er seiner Tätigkeit nach nicht zu den Personen zählt, die der Angestelltenversicherungspflicht unterliegen. Dienstentlassung innerhalb der Wartezeit ist also jederzeit möglich. Die in der Dienst- und Gehaltsordnung der Lokalbahnaktiengesellschaft vorgesehenen Disziplinarbestimmungen bieten keinerlei Schutz gegen willkürliche Entlassung; denn den Entlassenen steht gegen die Entlassungsverfügung keinerlei Rechtsmittel zu, das gegen die Arbeitgeber die Wirkung auf Aufhebung der Entlassungsverfügung haben könnte. Es fragt sich, ob mit einem Dienstvertrag solchen Inhalts sichere Aussicht auf dereinstige Pensionsberechtigung noch vereinbar ist. Das Reichsversicherungsamt vertritt allerdings in ständiger Rechtsprechung die Anschauung, daß die Möglichkeit unbeschränkter Kündigung und jederzeitigen Widerrufs der Anstellung innerhalb der Wartezeit die sichere Aussicht auf dereinstige Pensionsberechtigung nicht gefährdet, wenn nach den bestehenden Verwaltungsgrundsätzen der Anstellungsbehörde tatsächlich von den unter solchen Bedingungen Angestellten sämtliche mit verschwindenden Ausnahmen durch die Wartezeit gelangen und damit pensionsberechtigt werden (Amtl. Nachr. 1900 S. 836, 1902 S. 547, 1903 S. 369, 1904 S. 520).

Diese Voraussetzungen treffen aber bei den Angestellten der Lokalbahnaktiengesellschaft nicht zu. Das erholte Verzeichnis der bei der Lokalbahnaktiengesellschaft beschäftigten Mitglieder der Pensionskasse, welche in einem Zeitraum von 10 Jahren aus dem Dienste der genannten Gesellschaft ausgeschieden sind, weist eine lebhafte Bewegung der Abgänge aus. Von den Personen, die nicht durch die Wartezeit gelangten, sind 24 ausgestellt worden, weil ihre Dienstleistung nicht entsprach, 15 weitere sind freiwillig ausgetreten. Schon die 24 zuerst erwähnten Personen sind nicht mehr ein verschwindend kleiner Teil der Gesamtzahl der Ausgeschiedenen und der Gesamtzahl der Angestellten überhaupt. Da in den in Frage kommenden 10 Jahren 24 + 15 = 39 Angestellte ihrer sämtlichen Ansprüche auf Pension verlustig gingen, wären ohne Anwendung der Vorschriften der RVO. zur Zeit des Ausscheidens 39 Personen ohne jeden Anspruch und Schutz gegen die Folgen des Alters oder der Invalidität und ein noch weitaus größerer Personenkreis ohne Hinterbliebenenversorgung geblieben.

Selbst wenn nicht schon diese Tatsache gegen die „Gewährleistung der Ansprüche" sprechen würde, müßte man noch aus anderen, allgemeinen Erwägungen dazu kommen, die Frage der Gewährleistung zu verneinen. Die Entscheidungen des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. 1900 S. 836, 1902 S. 547, 1903 S. 369, 1904 S. 520) gehen alle von der Voraussetzung aus, daß es sich um einen öffentlichen oder privatrechtlichen Dienstvertrag mit einem öffentlichen Verbande (Staat, Gemeinde usw.) handelt. Im vorliegenden Falle ist aber ein Dienstvertrag mit einer privaten Erwerbsgesellschaft in Frage. Ein solcher Vertrag zwingt den Angestellten in den Bann von Unbeständigkeiten, die mit privaten Unternehmungen notwendig verbunden sind, wie z. B. von wirtschaftlichen Schwankungen und anderen Gefahren. Man darf dabei nicht bloß eine freiwillige oder notwendig werdende Liquidation des Unternehmens im Auge haben. Der Angestellte und Arbeiter einer solchen Gesellschaft hat vielmehr trotz aller ihm für die Zukunft gemachten Zugeständnisse noch mit anderen naheliegenden Möglichkeiten zu rechnen. So kann der Wechsel in den Organen des Unternehmens Männer an die Spitze bringen, deren Mißfallen Arbeiter und Angestellte z. B. wegen entgegengesetzter politischer Gesinnung erregen. Über noch so beruhigende Zusicherungen ihrer Vorgänger hinweg, die eine schonende Anwendung der Kündigungsrechte versprachen und übten, kann bei einem Systemwechsel die Entlassung des mißliebig gewordenen Arbeiters ohne Angabe von Gründen verfügt werden. Auch ist nicht ausgeschlossen, daß unter dem Drucke wirtschaftlich schlimmer Zeiten entweder die kommenden oder gegenwärtigen Organe die bisherige soziale Maßnahme, die Arbeiter und Angestellten einer Pensionskasse zu versichern, zum mindesten für die in der Wartezeit Stehenden aufheben können. Ebenso könnte auch bei dem Rückgange der Rentabilität eines der Konkurrenz ausgesetzten privaten Unternehmens noch zu anderen, die zukünftigen Ansprüche der Arbeiter beeinträchtigenden Maßnahmen, ja sogar zur Ausstellung einer größeren oder geringeren Anzahl von Arbeitern des Unternehmens geschritten werden. Bei schweren wirtschaftlichen Kämpfen zwischen den Organisationen der Arbeitgeber und der Arbeiter, die schon in der Vergangenheit zu verzeichnen waren und in der Zu-

kunft kaum seltener und weniger leidenschaftlich und entschieden sein werden, kann der eine oder andere Teil unter dem Drucke der Organisationen und ihrer Machtmittel zu Maßnahmen schreiten müssen, die das Arbeitsverhältnis beendigen. All das sind Dinge, die nicht zu kommen brauchen, aber zu jeder Zeit kommen können, und zwar vielfach ohne den Willen des Arbeitgebers. Diese schwerwiegenden Bedenken scheiden bei den unter der ständigen Kontrolle der Öffentlichkeit, der Aufsichtsstellen und Behörden stehenden, mit Monopolstellung ausgestatteten öffentlichen Verbänden entweder vollständig aus oder sind doch ganz erheblich gemindert. Bei Möglichkeiten der genannten Art kann der Umstand, daß tatsächlich der größere Teil der Arbeiter und Angestellten über die Wartezeit hinauskommt und dann einen Rechtsanspruch auf Versorgung erwirbt, eine sichere Aussicht auf dereinstige Pensionsberechtigung nicht begründen. Zur Annahme einer Anwartschaft reicht eine bloß unbestimmte Hoffnung auf künftige Erlangung eines Versorgungsanspruches aber nicht aus. In Ermangelung der Gewährleistung der Anwartschaft war daher die Versicherungspflicht der H. zu bejahen.

Anmerkung: Diese Entscheidung ist infolge Zurückweisung der Beschwerde durch das Oberversicherungsamt rechtskräftig geworden (§ 1459 Abs. 1 Satz 1 RVO.).

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Rechtsfolgen des Vertragsbruchs der Kassenärzte.

Urteil des **Landgerichts Göttingen** (2. Zivils.) vom 28. Juni 1920.

Die beklagten Ärzte haben der klagenden Ortskrankenkasse aus Anlaß der Verordnung über Heraufsetzung des Grundlohnes und Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht die laufenden Verträge fristlos gekündigt (§ 626 BGB.) und ihre Tätigkeit als Kassenärzte am 25. 5. 20 eingestellt. Die Kasse hat deshalb Klage erhoben mit dem Antrage:

1. Die Beklagten zu verurteilen, den Mitgliedern der Klägerin im Falle ihrer Erkrankung ärztliche Behandlung gemäß den Verträgen vom 15. März 1914 und 26. März 1920 zu gewähren und der Klägerin allen Schaden, welcher ihr durch die Nichterfüllung dieser Verträge seit 25. Mai 1920 entstanden ist und noch entsteht, zu ersetzen;
2. hilfsweise festzustellen, daß die von den Beklagten ausgesprochenen Kündigungen vom 23. April und 22. Mai 1920 unberechtigt sind, und der von der Klägerin mit den Beklagten geschlossene Vertrag vom 15. März 1914 in Verbindung mit dem Änderungsvertrag vom 26. März 1920 zwischen den Parteien fortbesteht.

Das Landgericht hat nach dem Antrage zu 1 erkannt aus folgenden Gründen:

Die Darlegungen der Beklagten, welche nach ihrer Meinung die sofortige Kündigung des Vertragsverhältnisses rechtfertigen sollen, können als stichhaltig nicht anerkannt werden. Dem deutschen bürgerlichen Recht ist der Grundsatz, daß Verträge unter der stillschweigenden clausula rebus sic stantibus abgeschlossen werden, an sich fremd. Neuerdings wird er, nämlich infolge der durch den Krieg hervorgerufenen Umwälzung, von der Rechtsprechung unter gewissen Voraussetzungen zugelassen; jedoch nur dann, wenn seit Vertragsabschluß die Verhältnisse für den einen Teil sich derart verändert haben, daß ihm nach den Grundsätzen von Treu und Glauben im Verkehr die Erfüllung der übernommenen Verpflichtungen nicht mehr zugemutet werden kann. An solchen Voraussetzungen gebricht es. Auf die geschichtliche Entwicklung des Krankenkassenwesens kann entscheidender Wert nicht gelegt werden, weil sie den Beklagten, als der Vertrag am 26. März 1920 erneuert wurde, bekannt war, und sie trotz dieser Kenntnis wieder abschlossen. Unbeachtlich ist auch die Erhöhung des Grundlohns, weil dadurch zwar die Einnahme der Kasse erhöht, den Beklagten aber keine andere Leistung aufgebürdet wird als der Vertrag sie festlegt. Falls die Ärzte ihre vertraglichen Gebühren nur deshalb so niedrig bemaßen, weil sie annahmen, die Kasse sei nicht zahlungsfähig genug, um höhere Beträge zahlen zu können, und weil ihnen sogar vorher versichert worden war, die Kasse könne in der Tat nicht mehr bewilligen, weil ihre Mittel dazu nicht ausreichten, während sie in Wirklichkeit mit einem sehr erheblichen Jahresüberschuß abgeschlossen haben soll, so könnte dieser Umstand allenfalls einen Anfechtungsgrund nach Maßgabe der §§ 119, 123 BGB. bilden. Solche Anfechtung ist indessen nicht behauptet. Ebensowenig kann der Einführung der Familienversicherung Bedeutung beigemessen werden, weil diese im Vertrage bereits vorgesehen und für diesen Fall eine Erhöhung des Pauschalsatzes von 9 ℳ auf 13 ℳ bestimmt war.

Eine Änderung, die für das Verhältnis zwischen der Klägerin und den Beklagten wesentlich ist, bildet freilich die Ausdehnung der Versicherungspflicht für gewisse Personenkategorien von der Höchstgrenze von 5000 ℳ auf eine solche von 15 000 ℳ Jahreseinkommen und die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung von Personen, die früher als Kassenpatienten ausschieden, wenn ihr Jahreseinkommen 5000 ℳ überstieg. Denkbar wäre es, daß hierdurch das Verhältnis der Kassenpatienten zu Privatpatienten derart verschoben würde, daß die Privatpraxis infolge Vermehrung der Kassenpatienten sehr erhebliche Mindereinnahmen brächte und deshalb

eine sofortige Lösung des Vertrages gerechtfertigt wäre. Um zu solchem Schluß zu gelangen, wäre es aber Sache der Beklagten gewesen, darzulegen und nachzuweisen, wie viele ihrer seitherigen Privatpatienten durch die Ausdehnung der Versicherungspflicht zu Kassenpatienten würden, um ermessen zu können, welcher materielle Schaden ihnen erwächst. Daß im allgemeinen der Ärztestand durch die Verordnung vom 30. 4. 1920 in seinen Einnahmen geschädigt wird, mag ohne weiteres zugegeben werden, ist aber nicht ausschlaggebend, weil hier nur das zwischen den streitenden Parteien bestehende Verhältnis zu berücksichtigen ist. Unwidersprochen ist die Zahl der Kassenmitglieder durch die gedachte Maßregel nur um 100 vermehrt worden. Ob diese Leute sämtlich als Privatpatienten für die neun Beklagten in Betracht kamen, darf bezweifelt werden, aber wenn das auch der Fall gewesen wäre, so wäre ihr materieller Ausfall an Gebühren — dabei immer noch vorausgesetzt, daß sie überhaupt krank geworden wären und dieserhalb privatim ärztliche Hilfe in Anspruch genommen hätten — auf neun Ärzte verteilt, nicht so bedeutend, daß ihnen nicht für den verhältnismäßig kurzen Zeitraum bis zum 31. Dezember 1920 — solange läuft der Vertrag — die Erfüllung zugemutet werden könnte. Die grundsätzlich im Rechtsleben bestehende Vertragstreue erfordert, daß Verträge gehalten werden, wenn nicht zwingende Gründe entgegenstehen. Da solche hiernach nicht vorliegen, muß der sofortigen Kündigung die rechtliche Wirksamkeit abgesprochen werden. Mithin ist der Vertrag vom 15. März 1914/26. März 1920 noch in Kraft. Er besteht auch für diejenigen vier Beklagten, welche erst am 1. Mai d. J. als Kassenärzte tätig geworden sind. Durch diese Tätigkeit haben sie das Angebot der Klägerin vom 27. April d. J. angenommen und sich dem Vertrage unterworfen. Kraft dieses Vertrages sind die Beklagten zur Leistung ärztlicher Behandlung bei allen Mitgliedern der Klägerin verpflichtet. Sie sind nach § 286 BGB. auch schadensersatzpflichtig, weil sie sich in unberechtigtem Leistungsverzug befanden. Der Übergang von der Feststellungs- zur Leistungsklage ist in der Rechtsprechung als zulässig anerkannt.

Zuständigkeit der Schlichtungsausschüsse in Gehaltsstreitigkeiten zwischen den Berufsgenossenschaften und ihren Angestellten.

Entscheidung des **Demobilmachungskommissars für Groß-Berlin** vom 11. Mai 1920.

Im Schiedsstreit der Angestelltenausschüsse einer Berufsgenossenschaft, in Gemeinschaft mit dem Zentralverband der Angestellten gegen die Berufsgenossenschaft hat der Oberpräsident als Demobilmachungskommissar folgende Entscheidung erlassen: Der vom Schlichtungsausschuß Groß-Berlin gefällte Schiedsspruch wird hiermit für verbindlich erklärt zu Punkt 1 und 2. — Gründe:

Es ist nicht zu verkennen, daß die Demobilmachungsvorschriften mit § 705 RVO. in der Frage der Zuständigkeit dem Wortlaut nach kollidieren. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Demobilmachungsverordnungen, die an sich Gesetzeskraft haben und infolgedessen als die jüngere Gesetzgebung nach allgemeinen Grundsätzen vor den einschlägigen Bestimmungen der RVO. den Vorrang einzunehmen hätten, lediglich für die Zeit der wirtschaftlichen Demobilmachung erlassen sind und in absehbarer Zeit aufhören werden, in dieser Form zu bestehen. Die Geltung des § 705 RVO. dürfte daher für die Dauer des Bestehens der Demobilmachungsverordnungen nur vorübergehend suspendiert, nicht aber gänzlich aufgehoben sein.

Es wird der Neugestaltung des Schlichtungswesens in der kommenden Schlichtungsordnung überlassen werden müssen, eine endgültige Klärung der Zuständigkeitsfrage herbeizuführen.

Der Demobilmachungskommissar ist daher befugt, und zwar auch in Lohnstreitigkeiten der Berufsgenossenschaften mit ihrer Angestelltenschaft — soweit es sich bei letzterer um Gesamtstreitigkeiten nach Maßgabe des § 20 der Verordnung vom 23. Dezember 1918 handelt — die ihm auf Grund der Demobilmachungsvorschriften übertragenen Funktionen auszuüben.

Für den Ausspruch der Verbindlicherklärung zu Punkt 2 des Schiedsspruchs war die Erwägung maßgebend, daß in der Tat schon in der Zeit vom 1. Januar 1919 bis 31. März 1919 die Gehälter der Angestelltenschaft bei der hier fraglichen Berufsgenossenschaft im Vergleich zu denjenigen anderer Berufsgenossenschaften aufbesserungsbedürftig waren. Die Angestellten haben bereits Ende 1918 gerade für die hier fragliche Zeit eine Aufbesserung ihrer Gehälter angeregt. Die allgemeine Regelung, die mit Wirkung vom 1. April 1919 einsetzte, ist jedoch der Sonderregelung zuvorgekommen und hat diese zunächst hintangestellt. Unter diesen Umständen erscheint eine Aufbesserung für die Zeit vom 1. Januar 1919 bis zum 31. März 1919 nicht unbillig.

(Breithaupt.)

Anmerkung: Die im Eingange der Entscheidung als unverkennbar bezeichnete Kollision der Demobilisierungsvorschriften mit dem § 705 RVO. scheint uns im vorliegenden Falle tatsächlich nicht bestanden zu haben. Denn es handelte sich nicht, wie § 705 voraussetzt, um einen Streit aus dem Dienstverhältnisse, d. h. um einen streitigen Anspruch auf der Grundlage des bestehenden Dienstverhältnisses, sondern es wurde eine Änderung des bestehenden Dienstverhältnisses, auf die ein Rechtsanspruch bisher nicht gegeben war, erstrebt, und der Ausspruch der Schlichtungsstelle sollte die zu dieser Änderung erforderliche Zustimmung des widerstrebenden Teils ersetzen. Für ein solches Verfahren ist die Zu-

ständigkeit des Reichsversicherungsamts und der ordentlichen Gerichte nach § 705 RVO. schlechthin nicht gegeben. Zu vgl. die entsprechende Vorschrift für Krankenkassen in § 358 RVO. In Fällen anderer Art wird die Möglichkeit eines Gesetzeswiderstreits unter Umständen gegeben sein. Zu vgl. preuß. MinErl. v. 15. 5. 20, hier Heft 19 S. 366, und Goerrig, hier Heft 25 S. 483, 484.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Arbeitslosenversicherung.

Der Entwurf eines Reichsgesetzes über Arbeitslosenversicherung begegnet vielfältigem Widerspruch unter verschiedenen Gesichtspunkten. Besonders wird die geplante Angliederung an die Krankenversicherung, die Übertragung der Aufgaben des neuen Versicherungszweiges an die Krankenkassenverbände, wegen der Wesensverschiedenheit der einen und der anderen Versicherung nicht ohne Grund bemängelt. Hierüber entnehmen wir einem Aufsatze des Prof. Dr. Kumpmann (Düsseldorf) in der „Sozialen Praxis" v. 1. 9. 20 folgendes: „Von zahlreichen kleinen und großen Ausstellungen an dem vorliegenden Gesetzentwurf ist bisher die organisatorische Grundfrage am eingehendsten behandelt worden. Der Entwurf denkt sich als Träger der ganzen Organisation bekanntlich die Krankenkassenverbände; beabsichtigt wird also eine Angliederung der neuen Versicherung an die Krankenversicherung. Man hat hin und her geraten, warum diese sachlich nicht zu rechtfertigende Lösung gewählt worden sein könnte — eine sichere Erklärung ist kaum zu finden. Wahrscheinlich haben die Verfasser (wie Pribram meint) durchaus den Anschluß an einen der bestehenden Versicherungszweige gesucht, und von diesen mag die Krankenversicherung vielleicht am wenigsten ungeeignet erscheinen. Zwar hat man früher auch an die Unfall- oder die Invalidenversicherung gedacht, an die Unfallversicherung (Herkner, Zacher), weil die Arbeitslosenversicherung wie diese beruflich abgegrenzt werden muß, an die Invalidenversicherung (Molkenbuhr, Umbreit), weil sie Lohnstufen kennt, wie sie auch bei der neuen Versicherung angebracht sein mögen — beide Zweige kommen schon deshalb nicht ernsthaft in Betracht, weil ihnen der lokale Unterbau fehlt. Überdies ist bei den Berufsgenossenschaften der Unfallversicherung den Arbeitnehmern jede Mitverwaltung versagt. Die Krankenversicherung hat den lokalen Unterbau, auf ihre Verwaltung haben die Arbeitnehmer den maßgebenden Einfluß — sie hat jedoch unter den Gesichtspunkten der Arbeitslosenversicherung schwere Nachteile: 1. es fehlen ihr die Beziehungen zur Arbeitsvermittlung, durch die unter allen Umständen die Arbeitslosenversicherung ergänzt werden muß; 2. die schrankenlose Berufsvermengung bei den Mitgliedern gestattet keine Bildung von Gefahrenklassen je nach der Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden.

Indem die Krankenversicherung zum Träger der Arbeitslosenversicherung gewählt worden ist, wurden also erstens die überaus nahen Beziehungen übersehen, die zwischen der neuen Versicherung und dem Arbeitsnachweiswesen bestehen müssen. Der Arbeitsnachweis allein macht die Arbeitslosenversicherung überhaupt lebensfähig! Er übernimmt die Kontrolle über die Arbeitsfähigkeit und Arbeitswilligkeit der sich meldenden Arbeitslosen; ohne ihn würden Arbeitsscheue oder Unfähige die ganze Versicherungseinrichtung in kürzester Frist zugrunde richten. Freilich will auch der Entwurf die Arbeitsnachweise mit der Beaufsichtigung der Arbeitslosen betrauen, die Verbindung der beiden Organisationen — des Arbeitsnachweises mit der Arbeitslosenversicherung — wäre aber derart schwach, daß die bürokratischen Scherereien, Reibungswiderstände und Gegensätzlichkeiten nie enden würden. Überhaupt hat die ganze bisherige Entwicklung der Arbeitslosenversicherung in der Praxis aufs deutlichste bewiesen, daß beide Einrichtungen durch engste Personen- und Sachgemeinschaft verbunden sein müssen. Das bedeutende englische Vorbild — die Arbeitslosenversicherung von 1911 — wie alle kleineren Versuche und auch die Erwerbslosenfürsorge der jüngsten Zeit beweisen die Notwendigkeit einer solchen Verknüpfung. Nicht minder waren sich fast alle wissenschaftlichen Beurteiler seit etwa zehn Jahren dahin einig geworden, daß sich aus der ›Kardinalschwierigkeit‹ — der Kontrolle — die Kardinalforderung — des Anschlusses an den Arbeitsnachweis — ergebe. Der Arbeitsnachweis nimmt die Meldung der Arbeitslosen entgegen, er vermittelt ihnen, soweit wie möglich, Arbeit, er prüft den ganzen Sachverhalt — da ist es das Einfachste, Vernünftigste, wirtschaftlich allein Berechtigte, dem Nachweis auch die Arbeitslosenkassen anzugliedern, die mit den Restaufgaben: Aufbringung und Verwaltung der Mittel, Auszahlung der Unterstützungen zu betrauen sind. Das bloße Einsammeln der Beiträge mag dann immerhin mit Vorteil der Invalidenversicherung überlassen werden.

Ein zweiter Grundfehler, der sich kaum vermeiden ließ, weil man nun einmal den Anschluß an die Krankenversicherung suchte, ist in der bisherigen Aussprache merkwürdigerweise kaum berührt worden. Der Entwurf kennt überhaupt keine Gefahrenklassen! Nur für Saisonarbeiter können erhöhte Beiträge oder verminderte Unterstützungen vorgesehen werden, aber selbst diese geringe Differenzierung steht nicht einmal unter einer Muß-Bestimmung. Dabei ist zu bedenken, daß bei keiner Versicherung, privaten oder öffentlichen, das Risiko so mannigfach ist wie hier. Manche Arbeitnehmergruppen haben kaum mit irgendwelcher, andere mit gewaltiger, vielleicht gar regelmäßig wiederkehrender Arbeitslosigkeit zu rechnen, und zwischen den Extremen gibt es die verschiedensten Abstufungen. Gewiß ist es ein schönes Ding um die Solidarität der Arbeiter- und Angestelltenschaft; gemeinsam wollen und sollen sie auch die Last der Arbeitslosigkeit tragen. Aber dieses Solidaritätsprinzip darf nicht überspannt werden, sonst werden die widerstrebenden Kräfte so stark, daß sie die ganze Versicherung sprengen. Die wirtschaftliche Zukunft Deutschlands liegt im Dunkeln, wie hoch die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung bemessen werden müssen, weiß heute noch niemand. Es könnte sein, daß schwere Krisen kommen, daß die Beiträge eine ungeahnte Höhe erreichen werden, dann kann nur eine Versicherung bestehen, die auf der Grundlage zweifelsfreier Gerechtigkeit aufgebaut ist. Es müssen so viele Gefahrenklassen geschaffen werden, wie große Gruppen von Arbeitern und Angestellten mit einigermaßen einheitlichem Risiko vorhanden

sind. Die zahlreichen kommunalen Arbeitslosenkassen, die früher in Deutschland bestanden, sind zugrunde gegangen oder wirkungslos geblieben, eben weil bei dem kleinen Kreis der Arbeiter in der Gemeinde keine genügende Risikoverteilung möglich war."

An diese Ausführungen schließt sich dann die Darlegung an, daß und in welcher Weise eine selbständige Arbeitslosenversicherung des Reiches nur auf dem Arbeitsnachweis, in Verbindung mit der Arbeitsbeschaffung und der Berufsberatung, sachgemäß aufgebaut werden dürfe. Ein solche Versicherung ließe sich nach der Ansicht des Verfassers in kürzester Zeit mit nicht allzu großem Apparat durchführen, sie schließt sich organisch an die gegebene Entwicklung an, sie wäre wirtschaftlich „richtig" und technisch leistungsfähig. Daß aber die Arbeitslosenversicherung nicht nur geschaffen, sondern in einwandfreier Form geschaffen, daß der große Gedanke, der ihr zugrunde liegt, der Gedanke der Existenzsicherung, nicht durch unzureichende Experimente diskreditiert werde, darauf müssen heute alle Freunde des sozialen Fortschritts hinwirken!

Zur Erwerbslosenfürsorge

sind einige wichtige Erlasse zu vermerken:

1. Über die Beschäftigung weiblicher Erwerbsloser in der Hauswirtschaft bemerkt ein Bescheid des Reichsarbeitsministers v. 22. 6. 20 (I C 2777. 20), daß unzweifelhaft in einer Reihe von Städten, in denen eine große Zahl von Frauen Erwerbslosenfürsorge empfängt, gleichzeitig ein sehr empfindlicher und ständig wachsender Mangel an weiblichen Hausangestellten besteht. Genaue Prüfungen haben allerdings ergeben, daß nur ein Bruchteil der weiblichen Erwerbslosen für die Hausarbeit in Frage kommt. Diesem Bruchteil fehlt es zweifellos nicht selten an der nötigen Willigkeit für hauswirtschaftliche Arbeit. Auf der anderen Seite ist der Übelstand zu einem Teil auch durch die Zurückhaltung der Hausfrauen verursacht, die vielfach nur bereits erprobte Hausangestellte in ihren Haushalt aufnehmen wollen, während die weiblichen Erwerbslosen zumeist aus der Kriegsindustrie kommen. Hier muß Abhilfe von einer fortgesetzten Aufklärung der weiblichen Erwerbslosen einerseits, der Hausfrauen und Haushaltungsvorstände anderseits erwartet werden, wie sie schon jetzt von gut geleiteten Arbeitsämtern geübt wird. Zu dieser Aufklärung muß in allen geeigneten Fällen eine besondere Berufsvorbereitung für die weiblichen Erwerbslosen treten. Die Kosten für eine solche Vorbereitung können, soweit nicht schon auf dem Wege des § 9 Abs. 7 der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge in der Fassung der Verordnung vom 6. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 871, zu vgl. ArbVers. Heft 17 S. 337) — Anlernezuschuß — hinreichend geholfen werden kann, aus Mitteln der produktiven Erwerbslosenfürsorge bestritten werden. Wenn eine erwerbslose Frau sich grundlos weigert, die Hausarbeit, die ihr angeboten wird, anzunehmen, so sind die Gemeinden nach § 8 der Verordnung verpflichtet, die Unterstützung zu versagen oder zu entziehen. Die Gründe, auf die die Weigerung gestützt werden kann, sind im § 8 erschöpfend aufgezählt. Danach ist die Erwerbslose unter anderem nur dann berechtigt, die Arbeit abzulehnen, wenn nicht „angemessener ortsüblicher Lohn" geboten wird. Die Arbeitsämter besitzen also die gesetzliche Handhabe, um unangemessenen Lohnforderungen entgegenzutreten. Der Arbeitsnachweis für weibliche Hausangestellte ist allerdings noch nicht überall befriedigend geregelt. Deshalb ist es gerade für diese Fälle von besonderer Bedeutung, daß die Gemeinden nach § 8 Abs. 1 Satz 4 der Verordnung verpflichtet sind, „die Unterstützung auf einen bestimmten Zeitraum zu beschränken, wenn begründete Aussicht besteht, daß es dem Erwerbslosen möglich sein wird, sich innerhalb dieses Zeitraums durch eigene Bemühung eine Arbeit zu verschaffen, deren Annahme er nach den vorstehenden Bestimmungen nicht verweigern dürfte." Auf diese gesetzlichen Handhaben sind die zuständigen Stellen wiederholt hingewiesen worden.

2. Hinsichtlich der Steuerfreiheit der Erwerbslosenunterstützung stellt ein Erlaß des Reichsarbeitsministers v. 16. 7. 20 (I C 3129. 20) in Übereinstimmung mit dem Reichsminister der Finanzen fest, daß die Erwerbslosenunterstützung auf Grund der Verordnung v. 26. 1. 20 (RGBl. S. 98) zu den nach § 12 Abs. 1 Nr. 11 des Reichseinkommensteuergesetzes v. 29. 3. 20 (RGBl. S. 350) steuerfreien Bezügen aus öffentlichen Mitteln zu rechnen ist, die als Unterstützungen wegen Hilfsbedürftigkeit bewilligt sind, und daß die Bestimmungen v. 21. 5. 20 über die Erhebung der Einkommensteuer durch Abzug vom Arbeitslohn für das Rechnungsjahr 1920 (ZentrBl. f. d. Deutsche Reich S. 832) auf die Erwerbslosenunterstützung, die nicht als Arbeitslohn im Sinne des § 1 Nr. 1 der Bestimmungen angesehen werden kann, nicht zur Anwendung kommen.

3. Die Unterstützungen, welche die Gewerkschaften im Falle der Arbeitslosigkeit an ihre Mitglieder zahlen, sind nach einem Beschlusse der Reichsregierung nicht mehr auf die öffentliche Erwerbslosenunterstützung anzurechnen (Erlaß des preuß. Min. f. Volkswohlfahrt v. 21. 7. 20, III B 1520).

4. Durch Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt v. 27. 3. 20 (III B 702) ist bekanntgegeben worden, daß den Angehörigen Deutsch-Österreichs, der Schweiz und der Tschechoslowakei Erwerbslosenunterstützung gemäß § 7 der Reichsverordnung gewährt werden darf, und daß weitere Gegenseitigkeitserklärungen anderer Staaten veröffentlicht werden sollen. Solange letzteres nicht geschieht, sind die Gemeinden nicht befugt, anderen als den genannten ausländischen Staatsangehörigen die Erwerbslosenunterstützung zu gewähren. — In einem weiteren Erlasse v. 10. 8. 20 (III B 1611) bemerkt der Minister, es sei bekannt geworden, daß auch Angehörigen der Niederlande Erwerbslosenunterstützung gewährt worden ist. Demgegenüber ist festzustellen, daß die Erwerbslosenunterstützung, die in den Niederlanden unter Umständen deutschen Staatsangehörigen auf Grund einer Kassenmitgliedschaft gewährt wird, keine der deutschen gleichwertige Fürsorge ist.

5. Durch einen Erlaß des Reichsarbeitsministers v. 9. 7. 20 (I C 3821) ist nachgelassen, gemäß § 9a der Verordnung v. 6. 5. 20 Ausnahmen von der Befristung der Erwerbslosenunterstützung auf 26 Wochen auch für ganze Gruppen von Erwerbslosen zu erteilen. Ein Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt v. 11. 8. 20 (III B 1675) an die Regierungspräsidenten und den Oberpräsidenten in Berlin stellt fest, daß nunmehr auch diese Stellen zur Bewilligung solcher Ausnahmen auf Grund der in den Ausführungsvorschriften 13. Nachtrag zu II 2 und

dem Erlaß v. 19. Juli erteilten Ermächtigung befugt sind. Dagegen wird es nicht gebilligt, daß die Bewilligung von Ausnahmen lediglich von den Fürsorgeausschüssen ausgeübt wird. Diese haben vielmehr für diejenigen Einzel- oder Gruppenfälle, in denen sie eine Fortgewährung der Erwerbslosenunterstützung für angebracht halten, alsbald die dortige Genehmigung einzuholen.

Die in § 9a vorgesehene zeitliche Befristung bezieht sich auch auf solche Familienzuschläge, die unterstützten Erwerbslosen nach § 9 Abs. 1 gewährt werden, nicht dagegen auf Zuschläge, welche auswärts beschäftigte Arbeitnehmer nach § 8 Abs. 3 erhalten.

Die Krankenversicherung der Staatsbediensteten in Österreich.

Hierüber entnehmen wir dem Wiener „Arbeiterschutz" auszugsweise folgendes:

... Das bestehende Krankenversicherungsgesetz bezieht sich nur auf Arbeiter und Angestellte und hat den Zweck, den Arbeitsunfähigen vor wirtschaftlicher Schädigung zu bewahren. Bei den öffentlichen Angestellten glaubte man dieser Gefahr dadurch zu begegnen, indem man ihnen im Erkrankungsfalle das Gehalt weiterzahlte. Von dem Gehalt mußte der Angestellte auch die Kosten für Arzt und Medikamente bestreiten. Dies war schon in Friedenszeiten für die meisten Angestellten mit bedeutenden Schwierigkeiten verbunden, geschweige denn in den Kriegsjahren und erst recht jetzt, da die Kosten der Heilpflege unerschwinglich geworden sind.... Es ist daher nur begreiflich, daß sich bei den Staatsbediensteten, namentlich in den mittleren und unteren Schichten, das Verlangen nach Einführung der obligatorischen Krankenversicherung geltend machte. Diese Bestrebung reicht bis in die Vorkriegszeit zurück, wurde aber durch die zunehmende Verschlechterung aller Lebensbedingungen immer dringender. Das Staatsamt für soziale Fürsorge erachtete es für seine Pflicht, die Reform durch Aufstellung bestimmter Richtlinien in Fluß zu bringen. In dieser Absicht veröffentlichte es im Mai 1919 „Leitsätze", die den Organisationen der Staatsbeamten und der Ärzteschaft zur Äußerung übermittelt wurden.... Auf diesen Leitsätzen, denen die Staatsbediensteten wie auch die Ärzteschaft zustimmten, basiert das neue Gesetz vom 13. 7. 20 (St. G. Bl. Nr. 311).

Der Kreis der Versicherten erstreckt sich auf alle Angestellten des Staates oder eines öffentlichen Fonds und ihrer Angehörigen, insoweit sie nicht ohnehin auf Grund ihrer Beschäftigung in einem staatlichen Betrieb gegen Krankheit versichert sind, wie zum Beispiel bei den Staatsbahnen. Außerdem sind auch die Beamten des Ruhestandes und deren Witwen und Waisen in die Versicherung einbezogen. Während also in der Krankenversicherung der Arbeiter nur derjenige Arbeiter als versichert gilt, der in einem Arbeitsverhältnis steht, werden hier auch solche Personen in die Versicherung einbezogen, die keinen Dienst mehr verrichten. Dies war sehr notwendig, weil in der jetzigen Not den Pensionisten nicht zugemutet werden kann, von ihrer Pension Arzt und Medikamente zu bezahlen.

Nach einer beiläufigen Berechnung werden der Versicherung angehören 100 000 pragmatisch Angestellte, 15 000 vertragsmäßig Angestellte, 10 000 Arbeiter, zusammen 125 000. Die Zahl der einbezogenen Pensionisten, Witwen und Waisen wird auf 25 000 geschätzt. Die Anstalt dürfte hiernach insgesamt 150 000 Mitglieder zählen. Für die Familienversicherung werden 250 000 Personen angenommen, was zusammen 400 000 Anspruchsberechtigte ergibt. In der Zahl der pragmatisch Angestellten sind 7000 Angehörige der Wehrmacht: Offiziere, Unteroffiziere und Zivilangestellte inbegriffen. Die Wehrmänner sind in die Versicherung nicht einbezogen, weil für sie eine militärische Sanitätspflege in Aussicht genommen ist.

Die Leistungen der Anstalt sind zweifacher Art: 1. Krankenhilfe und 2. erweiterte Heilbehandlung. Zur ersteren gehören auch Wöchnerinnenunterstützung und Sterbegeld für die Versicherten wie auch ihre Angehörigen, soweit sie nicht ohnehin gegen Krankheit gesetzlich versichert sind. Als Krankenhilfe wird für die Dauer der Krankheit gewährt: 1. ärztliche Hilfe, die auch den operativen Beistand, die geburtsärztliche sowie die zahnärztliche Hilfe umfaßt, und Hebammenbeistand; 2. Versorgung mit den notwendigen Heilmitteln und sonstigen Heilbehelfen einschließlich des unentbehrlichen Zahnersatzes. Krankengeld wird nicht gewährt, weil die Erkrankten den Gehalt fortbeziehen.

Das Gesetz sieht die freie Ärztewahl vor. Die Anstalt sorgt zwar für die Bestellung von Ärzten durch Abschließung von Rahmenverträgen mit der Ärzteorganisation, kein Versicherter ist aber gezwungen, einen solchen Vertragsarzt aufzusuchen. Er erhält indes bei Heranziehung eines anderen Arztes nur die vermutlichen Selbstkosten der Anstalt vergütet. Das dem Arzt gebührende Honorar wird nach Einzelleistungen bestimmt, die Pauschalierung des ärztlichen Honorars ist ausgeschlossen. Die Gefahren, die der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt durch die freie Ärztewahl drohen, werden durch eine Beteiligung der Versicherten an den Kosten in Form einer von ihnen zu entrichtenden Ärztegebühr begegnet, deren Höhe durch die Satzungen festgesetzt wird. Die Anstalt wird überdies durch Einführung eines entsprechenden Überwachungsdienstes gegen die übertriebene Beiziehung von Ärzten auch noch weiter Sorge tragen müssen.

Eine besondere Beachtung findet in dem Gesetz das Heilstättenwesen, das in der Krankenversicherung der Arbeiter beispielgebend vorangeht. Wenn es der neuen Anstalt gelingt, die richtige Mitte zwischen Großzügigkeit und Sparsamkeit einzuhalten, wird die Heilstättenpflege nicht wenig dazu beitragen, die von der Versicherung zu erwartende Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der Staatsbeamtenschaft fördernd zu beeinflussen.

Die erweiterte Heilbehandlung wird durch die Satzungen nach Maßgabe der entsprechenden Mittel gewährt; sie umfaßt 1. Beistellung von Hauspflege; 2. Ermöglichung der Pflege in Genesungs- und Wöchnerinnenheimen; 3. Ermöglichung von Landaufenthalt und Entsendung in Kurbäder und Heilanstalten, ferner die Übernahme der Reisekosten dahin.

Die Wöchnerinnenunterstützung beträgt täglich drei Viertel vom Hundert der Monatsbezüge des Versicherten. Sie gebührt: 1. vor der Niederkunft einen Monat hindurch in der letzten Stufe der Schwangerschaft, wenn der Zustand der Schwangeren dies erfordert; 2. nach der Niederkunft zwei Monate hindurch und weiter für die Dauer des Selbststillens, längstens aber bis zum Ablauf des dritten Monats.

Das Sterbegeld beträgt für Verstorbene unter sechs Jahren 40 v. H., für andere Verstorbene 80 v. H. der im Monat des Todes anrechenbaren Bezüge des Versicherten.

Die Aufbringung der Mittel soll durch Beiträge der Versicherten und des Staates geschehen. Das gesamte Jahreserfordernis wird auf 60 Millionen Kronen geschätzt. Diese Summe wird aufgebracht, wenn die Versicherten 1 v. H. ihrer Bezüge als Beitrag leisten und der Staat einen Zuschuß in der gleichen Höhe gewährt. Es wird ein Durchschnittseinkommen des Versicherten mit 20 000 Kr. jährlich angenommen; 150 000 Versicherte mit diesem Durchschnittseinkommen bringen bei einem Beitrag von 1 v. H. 30 Millionen Kronen auf, die gleiche Summe leistet der Staat, wodurch die 60 Millionen Kronen zustande gebracht sind. In diesem Beitragssatz sind allerdings die Verwaltungskosten nicht berücksichtigt, und ebensowenig das Erfordernis für die erweiterte Heilbehandlung. Beide lassen sich im gegenwärtigen Zeitpunkt nicht berechnen. Keinesfalls soll der Beitrag 1½ v. H. der Bezüge des Versicherten überschreiten. Zur Gründung und Einrichtung der Versicherungsanstalt leistet die Staatsverwaltung einen unverzinslichen Vorschuß im Betrag von 10 Millionen Kronen, der innerhalb fünf Jahren zurückzuzahlen ist.

Als Träger der Versicherung ist eine Krankenversicherungsanstalt mit dem Sitz in Wien vorgesehen. Die Geschäfte werden durch den Hauptvorstand in Wien und durch die in allen Landeshauptstädten zu errichtenden Landesvorstände besorgt. In dem Hauptvorstand sitzt je ein Vertreter der Landesvorstände. Die übrigen Vertreter werden von den Versicherten aus ihrer Mitte in Wahlkörpern gewählt, die nach dem Dienstzweig oder nach dem Verwaltungsbereich (Ressort) gegliedert sind. Der Hauptvorstand und die Landesvorstände setzen sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und des Staates zusammen. Außerdem ist auch der Ärzteschaft das Recht eingeräumt, zwei Vertreter in den Vorstand zu entsenden, und zwar so lange, als die Ärzte sich der Anstalt in Verträgen der Krankenversicherungsanstalt zur Verfügung stellen. Die Ärztevertreter haben nur beratende Stimme.

Die Rechtsprechung ist möglichst einfach eingerichtet. Gegen Entscheidungen der Landesvorstände über Ansprüche auf die Pflichtleistungen kann das bei jedem Landesvorstand bestehende Schiedsgericht angerufen werden. Beschwerden über die Gewährung von Leistungen der erweiterten Heilbehandlung sind beim Staatsamt für soziale Verwaltung einzubringen. . . .

Zur Frage der Existenzberechtigung der Landkrankenkassen.

Mit Bezug auf unsere Mitteilung in Heft 23 S. 455 und die darin (am Schlusse) erwähnten zwei bayerischen Ministerialentschließungen teilt uns der Allgemeine Verband Deutscher Landkrankenkassen mit, daß eine spätere Entschließung des bayerischen Ministeriums für Soziale Fürsorge (v. 21. 2. 20, Nr. 1118b 40) empfohlen habe, von einer weiteren Durchführung der erwähnten — auf Beseitigung der Landkrankenkassen gerichteten — Entschließungen abzusehen. Dies entspricht einem uns von dem Verbande in Abschrift mitgeteilten Bescheide des Reichsarbeitsministers v. 10. 2. 20 (II 801), welcher lautet:

„Die Frage einer weiteren Zusammenziehung der Krankenkassen unter etwaiger Beseitigung einzelner Kassenarten steht in engem Zusammenhange mit der Frage der künftigen Gesamtgestaltung des reichsgesetzlichen Versicherungswesens überhaupt. Das Reichsarbeitsministerium glaubt diese Frage bei dem in Aussicht genommenen allgemeinen Umbau der Reichsversicherungsordnung lösen zu sollen. Deshalb kann ich nicht empfehlen, schon jetzt mit grundsätzlichen Änderungen in der äußeren Verfassung des Kassenwesens vorzugehen."

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Bedeutung der Einigung zwischen Krankenkassen und Ärzten für laufende Verträge.

1. **Nach Witten.** Antwort: Ihr Hinweis auf Ziff. 3 der Verständigung v. 18. 7. 20 trifft gegenüber unserer Auskunft im Heft 25 S. 499 Ziff. 4 schon deshalb nicht zu, weil die Auskunft auf eine Anfrage v. 11. 7. 20, also vor jener Verständigung, erteilt ist. Überdies ist Ihre Auslegung der Ziff. 3, wonach die neuen Honorare „für alle Verträge rückwirkend vom 1. 4. 20" gelten, keineswegs zweifelsfrei. Das ergibt sich aus der Entstehungsgeschichte. Grundlage der Einigung überhaupt sind die Tarifvereinbarungen v. 9. 12. 19 (ArbVers. 1920 Heft 2 S. 37). Sie waren veranlaßt durch die Schwierigkeiten, die sich bei den Verhandlungen zwischen Kassen und Ärzten über die Verlängerung der ablaufenden Verträge allenthalben ergeben hatten. Die zustande gekommenen Vereinbarungen lösten diese Schwierigkeiten ausdrücklich zunächst nur für das Jahr 1920 (Ziff. 10 des Tarifabkommens); sie gaben also Normen für die Verlängerung der ablaufenden oder für den Abschluß neuer Verträge. Wenn dann unterm 9. 3. 20 die Kassenverbände den Krankenkassen „empfohlen" haben, gewisse Erhöhungen der Vergütungssätze des Tarifs zu bewilligen (Heft 11 S. 215), so weist auch das auf abzuschließende oder inzwischen etwa bereits auf Grund des Tarifs geschlossene Verträge für 1920 hin. Es war aber inzwischen wieder mancher Zweifel und Streit über das Tarifabkommen entstanden. Diesen Streit erledigte der Schiedsspruch v. 2. 6. 20. Wenn darin, Anlage II Ziff. 4, festgestellt ist, daß die neuen Sätze v. 1. 4. 20 ab gelten (Heft 19 S. 375, 377), so kann das nach dem ganzen Hergange gleichfalls nur auf die den eigentlichen Gegenstand des Abkommens bildenden für das Jahr 1920 abzuschließenden oder inzwischen bereits abgeschlossenen Verträge bezogen werden; und nicht anders kann es nach alledem verstanden werden, wenn in der

Verständigung v. 18. 7. 20 unter Ziff. 3 festgestellt ist, daß die neuen Honorare für „alle" Verträge „rückwirkend v. 1. April 1920" gelten. Diese Frage der Rückwirkung zu regeln war notwendig im Hinblick darauf, daß der Schiedsspruch erst im Laufe des Vertragsjahres gefällt war; aber die Bestimmung bezog sich eben nur auf „alle" Verträge, die für dieses Jahr, sei es besonders oder durch Verlängerung abgelaufener Verträge, geschlossen worden waren oder noch geschlossen werden würden. Solche Verträge aber, die vor 1920 geschlossen und noch nicht abgelaufen waren, sondern ohne weiteres für 1920 oder noch darüber hinaus galten, waren überhaupt nicht Gegenstand der auf der Grundlage des Schiedsspruchs getroffenen Einigung und werden davon nicht berührt, wenn nicht die Beteiligten, wie gelegentlich „empfohlen" wurde, Anlaß genommen haben, sie gleichfalls dem Abkommen anzupassen (zu vgl. „Betriebskrankenkasse" 1920 S. 3 Spalte 2).

Kürzung des Honoraranspruchs der Kassenärzte wegen Vertragsbruchs.

2. **Nach R.** Antwort: Wenn die Kasse sich in den „Friedensbedingungen" verpflichtet hat, „Ärzte, die in den vertragslosen Zustand eingetreten sind, nicht zu maßregeln", so kann das allenfalls dahin verstanden werden, daß die Kasse von der Geltendmachung irgendwelcher Schadenersatzansprüche gegen die vertragsbrüchigen Ärzte absieht. Um einen solchen Anspruch handelt es sich aber nicht, wenn die Ärzte in der vertraglosen Zeit die Versicherten als Privatpatienten behandelt und ihnen höhere Gebühren abgefordert haben, als ihnen nach dem Vertrage zustanden. Durch dieses Verfahren haben sich die Ärzte auf Kosten der Versicherten ohne rechtlichen Grund ungerechtfertigt bereichert (§ 812 BGB.). Daraus können allerdings zunächst nur die Versicherten (nicht die Kasse) einen Grund zur Rückforderung der gezahlten Honorare überhaupt herleiten, weil sie Anspruch auf freie, das heißt: kostenlose Behandlung durch die Ärzte hatten. Wenn aber die Kasse den Versicherten ihre Auslagen erstattet hat, so kann sie sich den Anspruch auf Rückzahlung von den Versicherten abtreten lassen und den Mehrbetrag über die vertragsmäßigen Gebühren von dem Honorar, das sie bei den Ärzten schuldet, abziehen (zu vgl. Heft 19 S. 377 Ziff. 2). Ohne solche Abtretung ist die Kasse zu einer Kürzung der Honorarforderung der Ärzte nicht befugt; denn der Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung setzt voraus, daß die Vermögensverschiebung sich unmittelbar zwischen den Beteiligten vollzogen hat, und das ist doch nur im Verhältnis der Versicherten zu den Ärzten der Fall.

Streit über das Versicherungsverhältnis nach § 405 Abs. 2 im Unterschied von § 258 RVO.

3. **Nach Weißenhorn.** Antwort: Eine Entscheidung auf Grund des § 405 Abs. 2 RVO. setzt immer Streit zwischen einem Arbeitgeber oder Versicherten usw. über das Versicherungsverhältnis oder über die Beitragspflicht einzelner, bestimmt zu bezeichnenden Personen voraus (anders im Falle des § 258; zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2a, am Schlusse, zu § 405, und Anm. 2b zu § 258). Ist solcher Streit nur zwischen dem Arbeitgeber und der Kasse anhängig, so „können" die in Frage kommenden Versicherten, weil sie „an dem Ausgang des Verfahrens ein berechtigtes Interesse haben", vom Versicherungsamt auf Antrag oder von Amts wegen zum Verfahren zugezogen werden (§ 23 Vrdg. über Verf. der Vers. Ämter). Das Oberversicherungsamt Groß Berlin hat in Fällen solcher Art die Anhörung der Versicherten sogar für geboten erachtet (ArbVers. 1915 S. 708). Die Entscheidung über das Versicherungsverhältnis im Falle des § 405 Abs. 2 stellt fest, zu welcher Kasse der Versicherte vom Beginn des streitigen Verhältnisses an gehört hat; sie gilt also immer auch für die Vergangenheit (Hahn, Anm. 3b Abs. 2; anders wiederum im Falle des § 258 gemäß Abs. 3).

Anspruch auf Ersatz für selbstbeschaffte Krankenpflege außerhalb des Kassenbezirks.

4. **Nach H.** Frage: Eine in der freiwilligen Krankenpflege der Schwesternschaft vom Roten Kreuz in einem Krankenhaus tätige Schwester wurde durch Vorentscheidung des Versicherungsamts für krankenversicherungspflichtig erklärt, nachdem sie erkrankt und bereits in einem von ihr gewählten Krankenhause in Dortmund genesen war. Die Behandlung fand durch einen Spezialarzt, angeblich den einzigen Arzt seines Faches zwischen Münster und Aachen, in dem von der Schwester gewählten Krankenhaus in Dortmund in einer höheren Klasse statt. Unsere Kasse vertritt den Standpunkt, daß sie für die sehr hohen Arzt- und Krankenhauspflegekosten nicht aufzukommen braucht, sondern nur die Leistungen nach § 182 RVO. zu gewähren hat. Da aber für die Leistungen aus § 182 Abs. 1 als Erfüllungsort der Kassenbezirk gilt, so kann die Kasse nach unserer Ansicht nur zur Zahlung des Krankengeldes für die Zeit der Erwerbsunfähigkeit der Versicherten verpflichtet sein. Ist dies richtig?

Antwort: An sich entspricht die Auffassung der Krankenkasse der herrschenden Ansicht, daß der bereits erkrankte Versicherte den Anspruch auf die Krankenpflege verliert, wenn er nach eingetretener Erkrankung den Kassenbezirk verläßt. Dies hat auch das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2267, ArbVers. 1916 S. 728, als Regel angenommen, zugleich aber ausgeführt, daß ausnahmsweise die Pflicht der Kasse zur Leistung der Krankenpflege oder zum Ersatz der von dem Erkrankten außerhalb des Kassenbezirks aufgewendeten Krankenpflegekosten namentlich dann anzuerkennen sei, wenn eine Umgehung der von der Kasse bereitgestellten Krankenpflege nach Eintritt des Versicherungsfalls nicht in Frage kommt. So scheint der streitige Fall zu liegen. Wenn erst nach der Genesung der Krankenschwester ihre Versicherungspflicht festgestellt worden ist, so darf wohl angenommen werden, daß sie zur Zeit der Erkrankung streitig und daß die Kasse nicht bereit war, die Krankenpflege zu gewähren. Dann kann der Erkrankten nicht zur Last gelegt werden, daß sie durch Aufsuchung des auswärtigen Krankenhauses den Kassenarzt umgangen und dadurch ihren Anspruch auf Bezahlung der Krankenpflegekosten verwirkt habe. An Kosten der ärztlichen Behandlung braucht aber die Kasse nicht mehr zu erstatten, als sie selbst dem Arzt zu zahlen gehabt hätte (Entsch. des RVA. 2560, ArbVers. 1920 S. 311).

Gebühr eines approbierten Arztes für mißlungenes Zahnziehen.

5. **Nach Pr. Eylau.** Frage: Ein Kassenmitglied ging zu einem hiesigen Arzt mit Zahnschmerzen. Der Arzt übernahm es, den Zahn auszuziehen, brach ihn jedoch ab und schickte den Patienten darauf zum Zahnarzt. Er forderte dafür dem Patienten 8 ℳ ab. Ist er hierzu berechtigt?

Die für die Kasse arbeitende Dentistin zog den abgebrochenen Zahn ohne besondere Schwierigkeiten aus.

Antwort: Im allgemeinen ist zu sagen, daß der Arzt für seine Bemühungen, unabhängig von ihrem Erfolge, Anspruch auf Vergütung hat. Im vorliegenden Falle scheint aber der Arzt die ihm obliegende Sorgfalt nicht beobachtet zu haben. Er hätte, wie der Verlauf der Sache zeigt, sonst wohl alsbald erkennen müssen, daß er sich mit einer Sache befaßte, die über die Grenzen seiner Kenntnis und Übung hinausging, während sie für einen Zahnarzt und sogar für eine Dentistin eine leichte Sache war. Er hat daher fahrlässig gehandelt und die Folgen dieser Fahrlässigkeit zu vertreten (§ 276 BGB.). Danach beurteilen wir die Sache so: Für das Ausziehen eines Zahnes oder einer Wurzel durch einen approbierten Arzt, der nicht Zahnarzt ist, sieht die preuß. Gebührentaxe eine bestimmte Vergütung nicht vor; die Gebührentaxe für Verrichtungen approbierter Zahnärzte findet auf andere Ärzte keine Anwendung (Förster, Anm. 1 zur Taxe für Zahnärzte). Überdies ist es ja auch nur bei einem Versuch des Zahnziehens verblieben. Sofern dafür überhaupt eine besondere Gebühr, wie für „ähnliche Leistungen" der approbierten Ärzte begründet wäre (§ 4 der GebOrdg.), würde die Gebühr für diesen mißlungenen Versuch den Schaden darstellen, der dem Versicherten durch die Fahrlässigkeit des Arztes entstanden ist. Der Arzt kann daher nur die Gebühr für die Beratung fordern, die für Privatkranke nach Ziff. 3 der Taxe jetzt 1,50 bis 10 ℳ beträgt. Ob danach der Betrag von 8 ℳ angemessen ist, richtet sich nach den besonderen Umständen, insbesondere nach der Vermögenslage des Zahlungspflichtigen.

Wiederholte Beschränkung der Kassenleistungen für chronisch Kranke nach § 188 RVO.

6. **Nach Harburg.** Antwort: Ihre Ansicht ist die richtige. Die Kasse irrt, wenn sie meint, daß der an Lungentuberkulose leidende Versicherte „ausgesteuert" sei und schlechthin keine Ansprüche mehr an die Kasse erheben könne, weil er wegen Erkrankungen auf der Grundlage seines chronischen Leidens bereits einmal die vollen Leistungen für 26 Wochen (§ 182 RVO.) und später wieder die Regelleistungen für 13 Wochen (§ 188) bezogen hat. Da er seit dem letzten Bezuge seine Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen und über 4½ Monate ausgeübt hat, ohne (wie wir nach Ihren Angaben annehmen) in dieser ganzen Zeit der Krankenhilfe zu bedürfen, liegt zweifellos, trotz der gleichen Krankheitsursache, in der nunmehr erneut eingetretenen Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit im Rechtssinne und somit ein neuer Versicherungsfall vor, wegen dessen wieder ein neuer Anspruch auf Kassenleistungen begründet ist. Dieser Anspruch ist nur wieder gemäß § 188 auf die Regelleistungen und auf die Gesamtdauer von 13 Wochen zu beschränken, weil der Versicherte in den 12 Monaten vor dem letzten Bezuge (vor dem 31. 3. 20) insgesamt bereits für 26 Wochen Krankengeld bezogen hatte. Zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2, 4, 6 zu § 188 RVO.

Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 169 RVO.

7. **Nach Osnabrück.** Antwort: Nach § 169 RVO. in der Fassung der Verordg. v. 3. 2. 19 (ArbVers. 1919 S. 125) ist die Möglichkeit der Befreiung von der Krankenversicherungspflicht hinsichtlich der auf Kündigung angestellten Beamten, sowie hinsichtlich der nichtbeamteten Personen, die auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind, keineswegs ausgeschlossen, sofern ihnen nur im Krankheitsfalle, trotz der Kündigung, einer der im § 169 bezeichneten Ansprüche gewährleistet wird. Zu vgl. z. B. Beschluß der preußischen Staatsregierung laut Verfügung des preußischen Finanzministers v. 7. 10. 19 in ArbVers. 1920 Heft 4 S. 66. Gemeinden, bei denen die Befreiung in dieser Weise durchgeführt ist, können wir leider nicht bezeichnen.

Fristberechnung im Falle des § 520 RVO.

8. **Nach B.** Antwort: Im Falle des § 520 RVO. kann der Antrag frühestens „für" den Beginn des nächsten Kalendervierteljahres, das heißt: so gestellt werden, daß das Ruhen der Rechte und Pflichten am ersten Tage des ersten Vierteljahrsmonats beginnen soll; aber der Antrag hat diese Wirkung nur, wenn er mindestens einen Monat „zuvor", also einen Monat vor jenem ersten Tage des ersten Vierteljahrsmonats gestellt, das heißt: bei dem Kassenvorstand eingegangen ist. Soll also das Ruhen am 1. Januar 1921 beginnen, so ist die Frist gewahrt, wenn der Antrag bis zum Ablauf des 1. Dezember 1920 eingegangen ist. Denn dies ist der Tag, der durch seine Zahl im Monat dem Tag entspricht, in den der Beginn des Ruhens fällt (§ 125 RVO.).

Zur Unterscheidung zwischen ärztlicher Behandlung bei regelmäßigem und regelwidrigem Verlauf der Niederkunft (§§ 195a, 205b Ziff. 1 RVO.).

9. **Nach Geestemünde.** Antwort: Wenn die Kasse gemäß § 195c RVO. statt der baren Beihilfe nach § 195a Ziff. 1 „freie Behandlung durch Hebamme und Arzt . . . . bei der Niederkunft" gewährt, so ist das nicht in so engem Sinne zu verstehen, daß darunter nicht auch noch gewisse Hilfeleistungen fallen könnten, die nach Abschluß des eigentlichen Geburtsaktes auch bei normalem Verlaufe notwendig werden können (zu vgl. zu § 196 RVO.: Entsch. des RVA. 2175 und 2192, Amtl. Nachr. 1916 S. 423, 480, ArbVers. 1916 S. 300, 518). Wenn aber bei einer Zangengeburt ärztliche Besuche nach der Niederkunft infolge eines Dammrisses und eines Risses des Gebärmutterhalses notwendig werden, so handelt es sich um ärztliche Behandlung einer Krankheit, welche die Kasse nicht zu gewähren hat, wenn die Wöchnerin, als Angehörige eines Versicherten, zwar auf Wochenhilfe nach § 205a, nicht aber auf Krankenpflege nach § 205b Ziff. 1 Anspruch hat.

Anspruch auf Familienkrankenpflege neben den Leistungen der Familienwochenhilfe (§§ 205a, 205b Ziff. 1 RVO.).

10. **Nach M.** Antwort: Wir teilen Ihre Auffassung nicht. Das Gesetz enthält keine allgemeine Vorschrift dahin, daß Leistungen der Krankenhilfe neben denen der Wochenhilfe nicht gewährt werden; und wenn § 195a Abs. 2 RVO. vorschreibt, daß neben Wochengeld Krankengeld nicht gewährt wird, so weist das gerade darauf hin, daß im übrigen neben den Leistungen der Wochenhilfe auch die Leistungen der Krankenhilfe zu gewähren sind, wenn die besonderen Voraussetzungen eines solchen Anspruchs vorliegen. Wenn also das Wochenbett derart regelwidrig verläuft, daß die Wöchnerin, über den bei normalem Verlauf erforderlichen Beistand der Heb-

amme oder eines Arztes hinaus, der Krankenpflege bedarf, oder wenn das gleiche infolge des Hinzutretens einer vom Wochenbett unabhängigen Krankheit zutrifft, so hat die Wöchnerin Anspruch auf die Leistungen aus § 182 Ziff. 1 RVO. neben den Leistungen aus § 195a (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 57 Ziff. 5, S. 96 Ziff. 3). Dasselbe gilt selbstverständlich auf Grund des § 205a in Verbindung mit § 195a für den Fall der Familienwochenhilfe, wenn die Satzung gemäß § 205b Ziff. 1 Krankenpflege an Familienangehörige der Versicherten zubilligt, und insbesondere auch für den vorliegenden Fall, in welchem die Wöchnerin als unversicherte Ehefrau des Versicherten nach § 41 Ziff. 2 der Satzung Anspruch auf Ersatz der Krankenhauskosten bis zum Betrage von 2 ℳ täglich „an Stelle der ärztlichen Behandlung" hat. Dieser Betrag darf selbstverständlich nicht als ein Krankengeld beurteilt werden, das nach § 195a Abs. 2 RVO. neben dem Wochengelde nicht zu gewähren wäre.

Versicherungspflichtige Beschäftigung in der Hauswirtschaft.

11. **Nach Pleß.** Frage: Ein Arbeitgeber hatte eine Stütze zur Krankenkasse angemeldet. In der Anmeldung fehlte die Angabe über die Gewährung des Barlohnes; sie enthielt vielmehr lediglich den Vermerk, daß freie Kost und Wohnung gewährt würde. Auf unsere Anfrage teilte uns der Arbeitgeber wörtlich folgendes mit: Die N. N. ist zu streichen! Sie ist weder Stütze noch erhält sie Lohn! — Ist ohne gegenseitige Vergütung zur Erlernung der Hauswirtschaft angenommen und von meinem Beamten irrtümlich angemeldet worden. Liegt hier Krankenversicherungspflicht vor?

Antwort: Wenn die N. N. nur deshalb aufgenommen wäre, weil sie die Hauswirtschaft erlernen soll, so wäre es natürlich, daß sie dafür einen Entgelt gewährte. Da sie aber im Gegenteil freie Kost und Wohnung empfängt, so ist anzunehmen, daß sie Dienste leistet, für welche sie Kost und Wohnung als Entgelt empfängt, wenngleich ihre Beschäftigung zugleich ihrer Ausbildung in der Hauswirtschaft dienen mag. Sie ist also nach § 165 Ziff. 1 RVO. versicherungspflichtig.

Übertragung der Ansprüche des Versicherten auf den ersatzberechtigten Armenverband.

12. **Nach Hattingen.** Antwort: Wir teilen Ihre Auffassung nicht. Die Ansprüche des Versicherten auf Kassenleistungen können nach § 119 Abs. 1 Ziff. 3 RVO. mit rechtlicher Wirkung auf den nach § 1531 ersatzberechtigten Armenverband allerdings regelmäßig nicht in voller Höhe, sondern nur „in Höhe der gesetzlichen Ersatzansprüche", d. h. in den durch § 1533 mit §§ 1506, 1507 bestimmten Grenzen übertragen werden. Ausnahmsweise aber darf der Berechtigte auch in anderen Fällen den Anspruch mit Genehmigung des Versicherungsamts ganz oder zum Teil auf andere übertragen (§ 119 Abs. 2). Die Worte „auf andere" bedeuten nicht etwa, daß eine Übertragung in erweitertem Umfange nur zugunsten anderer als der im Abs. 1 berechtigten Personen, also nicht auch zugunsten des Armenverbandes genehmigt werden könne; sondern Abs. 2 betrifft auch die Fälle, in denen die im Abs. 1 Bezeichneten, insbesondere Armenverbände, sich die Ansprüche des Berechtigten über das im Abs. 1 bestimmte Maß hinaus übertragen lassen (zu vgl. Haberland in Monatsschr. f. Arb. u. Angest. Vers. 1916 Sp. 286 Ziff. 2). Ist, wie im vorliegenden Falle, hierzu die Genehmigung des Versicherungsamts erwirkt, so muß die Krankenkasse die Übertragung im vollen Umfange gelten lassen. Die Ausnahme des Abs. 2 ist allerdings nur im Interesse des Versicherten zugelassen. Aber daraus läßt sich unseres Erachtens nicht ableiten, daß die Krankenkasse die Genehmigung der Übertragung anfechten könne, weil das Interesse des Verletzten nicht gewahrt sei (anders: Haberland a. a. O. Sp. 288). Denn die Genehmigung des Versicherungsamts kann nur durch Beschwerde nach §§ 1792, 1797 angefochten werden, und das Recht hierzu kann, wie sich aus § 1795 ergibt, nur den „Beteiligten" zugestanden werden (zu vgl. ArbVers. 1914), zu denen die Krankenkasse nicht gehört, da ihre Rechtslage nicht davon berührt wird, daß sie infolge der erteilten Genehmigung das, was sie dem Versicherten schuldet, in vollem Umfang an den Armenverband zahlen darf und muß.

a) Kein Taschengeld bei erweiterter Krankenpflege. b) Versicherung nach Landesrecht gemäß § 440 kommt weder nach § 195a noch nach § 197 in Betracht.

13. **Nach Bingen.** Frage: a) Hat ein Dienstmädchen, dem nach § 429 RVO. erweiterte Krankenpflege gewährt wird, Anspruch auf Taschengeld, falls solches satzungsgemäß eingeführt ist? Unsere Satzung schreibt vor, daß Versicherten, für die kein Hausgeld zu zahlen ist, neben der Krankenhauspflege ein Taschengeld gezahlt wird. Unseres Erachtens ist die erweiterte Krankenpflege nicht gleichzuachten mit der Krankenhauspflege, so daß ein Taschengeld nicht zu zahlen ist.

b) Wird die Mitgliedschaft bei einer nach § 440 RVO. zugelassenen landesrechtlichen Fürsorge als Mitgliedszeit nach § 195a RVO. angerechnet und ist diese Einrichtung verpflichtet, der leistungspflichtigen Kasse Ersatz nach § 197 RVO. zu leisten?

Antwort: a) Ihre Auffassung ist richtig. Im § 429 RVO. ist der Inhalt der als „erweiterte Krankenpflege" bezeichneten Kassenleistung erschöpfend umschrieben. Die §§ 186, 194 RVO. beziehen sich nur auf die Krankenhauspflege nach § 184, und nur auf diesen Fall darf auch die Vorschrift Ihrer Satzung über das Taschengeld bezogen werden.

b) Die Mitgliedschaft bei einer landesrechtlichen Einrichtung aus § 440 RVO. besteht nicht „auf Grund der Reichsversicherung" im Sinne des § 195a RVO. (Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 804). Die Einrichtung ist auch keine „Krankenkasse" im Sinne des § 197 (zu vgl. § 225). Daraus folgt die Verneinung Ihrer Fragen.

Zugehörigkeit zur knappschaftlichen Krankenkasse oder zur besonderen Krankenkasse für das Baugewerbe?

14. **Nach O. W. 100.** Frage: Ein hiesiges Werk — Bergbau und Hüttenbetrieb — errichtet in eigener Regie eine Anzahl Wohnungsneubauten, wozu es eine größere Zahl Bauhandwerker beschäftigt. Sind diese Leute in der für das Baugewerbe zuständigen Ortskrankenkasse gegen Krankheit zu versichern oder kann das betreffende Werk nach § 244 RVO. sie in der für seinen eigentlichen Betrieb zuständigen Knappschaftskasse versichern? Wir bemerken, daß die in Betracht kommenden Arbeiter eigens für die genannten Bauarbeiten an-

genommen worden sind und mit dem übrigen Betriebe des Werkes in keinem Zusammenhang stehen.

Antwort: Der § 244 RVO. gilt nicht für Knappschaftskassen. Für sie kommt, soweit nicht die §§ 495 ff. RVO. auf einzelne Vorschriften der RVO. verweisen, nur das Landesrecht, im vorliegenden Falle das preußische Knappschaftsgesetz in Betracht. Nach diesem gehören die in Frage stehenden Bauten nicht zu den Knappschaftswerken und folglich die Bauarbeiter nicht in die knappschaftliche Krankenkasse (zu vgl. §§ 1, 5, 9). Die Arbeiter gehören also in die für das Baugewerbe bestehende besondere Ortskrankenkasse (§ 243 RVO.).

Sind die Vorstandsmitglieder einer eingetragenen Genossenschaft krankenversicherungspflichtig?

15. **Nach Meiningen.** Antwort: Ob die Vorstandsmitglieder einer eingetragenen Genossenschaft krankenversicherungspflichtig sind, richtet sich danach, ob sie in einem Angestelltenverhältnis zu ihr stehen. Das ist sehr wohl möglich, obwohl sie Genossen und gesetzliche Vertreter der Genossenschaft sind. Üben sie die Tätigkeit eines Angestellten, z. B. eines Kassierers oder Kontrolleurs, im Hauptberuf aus und erhalten sie dafür Gehalt, so fallen sie unter die Personen des § 165 Ziff. 2 RVO. (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 13b zu § 165). In vielen Fällen nehmen die Vorstandsmitglieder aber lediglich die Stellung der gesetzlichen Vertreter der Genossenschaft ein, ohne eine wesentliche Tätigkeit bei der Geschäftsführung auszuüben; sie geben dann nur die Direktive und führen in der Hauptsache nur eine Aufsicht, nehmen also eine Stellung über den Angestellten, die Stellung des Arbeitgebers ein. Dann entfällt die Krankenversicherungspflicht. Daß diese übrigens von Hoffmann, Krankenversicherung, allgemein verneint werde, können wir aus seinen Ausführungen nicht herauslesen.

Wieweit trägt die Kasse die Kosten der Überführung in eine Irrenanstalt?

16. **Nach Belzig.** Antwort: Die gesamten Kosten der Überführung des geisteskranken Versicherten in die Landesirrenanstalt im Betrage von 358,10 M zu tragen, würde die Krankenkasse nur verpflichtet sein, wenn sie auf Grund des § 184 RVO. die Einweisung in die Anstalt angeordnet oder wenn sie die von anderer Seite veranlaßte Unterbringung in die Anstalt als für ihre Rechnung geschehen genemigt hätte. Ein solcher Fall liegt aber nach Ihren Angaben nicht vor, da die Kasse nur nachträglich „die Kurkosten in der Irrenanstalt gemäß §§ 1532, 1533 RVO. übernommen“ hat. In diesem Falle beschränkt sich die Ersatzpflicht der Kasse auf die Zahlung von drei Achteln des Grundlohnes als Ersatz für „Krankenpflege“ (§ 1533 Ziff. 2 mit § 1503) und ferner auf vier Achtel des Grundlohnes für den Unterhalt im Krankenhause (§ 1533 Ziff. 3). Zu vgl. noch ArbVers. 1918 S. 540 Ziff. 9.

a) **Wartezeit für Krankengeld.** b) **Auslegung einer Satzungsbestimmung über Familienhilfe.** c) **Kein Krankengeld für unfallverletzte Lehrlinge ohne Entgelt.**

17. **Nach H.** Antwort: a) Der durch die Ausdehnung der Versicherungspflicht (Erhöhung der Verdienstgrenze) versicherungspflichtig Gewordene, ist, da sein Beschäftigungsverhältnis trotz seiner Krankheit und Arbeitsunfähigkeit fortbestand, gemäß § 306 RVO. sofort Mitglied der Kasse geworden und hatte daher nach § 206 auch sofort Anspruch auf die Leistungen der Kasse, insbesondere also auch nach § 182 Ziff. 2 sofort Anspruch auf Krankengeld, wenn er mindestens schon seit drei Tagen vorher krank war. Daß ein anderes Mitglied, welches erst am Tage des Eintritts in die Kasse erkrankt und arbeitsunfähig wird, drei Tage auf das Krankengeld warten muß, kann unmöglich ein Grund sein, jenes erste Mitglied, im Widerspruch mit dem klaren Wortlaut des Gesetzes, gleichfalls drei Tage warten zu lassen.

b) Wenn die Satzung den Ehefrauen der Mitglieder „Krankenpflege für die Dauer der Krankheit für denselben Krankheitsfall für 20 Wochen innerhalb eines vom Tage der Erkrankung laufenden Jahres“ gewährt, so verstehen wir das dahin, daß die Krankheitszeiten bis zu 20 Wochen nicht zusammenzuhängen brauchen, daß also Zeiten, für welche Krankenpflege nicht gewährt wird, in die 20 Wochen nicht eingerechnet werden, daß aber die Leistungspflicht mit Ablauf eines Jahres vom Tage der Erkrankung jedenfalls endet, auch wenn bis dahin weniger als für 20 Wochen Krankenpflege gewährt worden ist.

c) „Regelleistungen“ der Krankenkassen sind nach § 179 RVO. die im zweiten Buche der RVO. „vorgeschriebenen“ Leistungen — im Gegensatz zu den durch die Satzung vorgeschriebenen Mehrleistungen und, wie hinzuzudenken ist, zu den durch die Satzung zugelassenen Minderungen, abgesehen von §§ 188, 192 (zu vgl. § 179 Abs. 2). Wo für eine bestimmte Gruppe von Versicherten im zweiten Buche des Gesetzes selbst eine Minderung „vorgeschrieben“, also nicht nur satzungsmäßig zugelassen ist, da gilt diese im Vergleich mit den allgemeinen Vorschriften verminderte Leistung als Regelleistung. Das trifft zu auf § 494 RVO., wonach den ohne Entgelt beschäftigten Lehrlingen Krankengeld nicht gewährt wird. Für sie gilt also Krankenhilfe nach § 182 ff., jedoch ohne Krankengeld als Regelleistung. Nur hierauf haben sie daher auch im Falle einer Unfallverletzung nach § 573 Anspruch, nicht auch auf ein Krankengeld überhaupt oder gar auf ein erhöhtes Krankengeld. Zu vgl. Hahn in „Betriebskrankenkasse“ 1916 S. 50 III und S. 52 Ziff. 7.

Familienwochenhilfe (§ 205a RVO.) endet nicht mit dem Ausscheiden des Versicherten.

18. **Nach Berlin.** Antwort: Der einmal begründete Anspruch auf Familienwochenhilfe wird nicht dadurch hinfällig, daß der Versicherte — der Ehemann — vor Ablauf der Leistungsdauer aus der Mitgliedschaft ausscheidet. Die Kasse muß also weiterleisten. Das folgt zwar nicht aus einer bestimmten Vorschrift, aber aus dem Mangel einer Vorschrift, nach welcher angenommen werden könnte, daß der im gesetz- oder satzungsmäßigen Umfange begründete Anspruch durch den nachträglichen Wegfall einer Voraussetzung für die Folgezeit erlösche. In diesem Sinne hat auch das preußische Oberverwaltungsgericht hinsichtlich der Familienkrankenhilfe entschieden (ArbVers. 1898 S. 476). Es liegt kein Grund vor, hinsichtlich der Familienwochenhilfe anders zu entscheiden.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1295 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 11. Oktober 1920 | Heft 29

Zur kommenden Reichs-Arbeitslosenversicherung.

Von Landesrat Dr. Brunn in Berlin.

Der Entwurf einer Reichs-Arbeitslosenversicherung liegt dem Reichsrat zur Beschlußfassung vor und ist gleichzeitig veröffentlicht worden. Diese Tatsache wird jeder Freund der sozialen Versicherung nur aufrichtig begrüßen. Der Entwurf selbst freilich hat bei der Kritik eine geteilte Aufnahme gefunden. Während ihm der frühere preußische Ministerpräsident Hirsch in der „Vossischen Zeitung" das Lob spendet, „daß wir es hier mit einem großzügigen Gedanken zu tun haben, der in mustergültiger Weise ausgeführt ist", ist ihm aus dem Kreise namhafter Sozialpolitiker — ich weise nur auf die Ausführungen von Dr. Käte Gäbel, Professor Pribram und Professor Kumpmann in der „Sozialen Praxis" hin — ein nichts weniger als gutes Zeugnis ausgestellt worden. Die Frage des Versicherungsträgers, die starke Betonung der Geldentschädigung, das Verfahren, um nur einiges zu nennen, geben in der Tat zu erheblichen Bedenken Anlaß. Doch will ich in dem Streit der Meinungen über die sachliche Tauglichkeit des Entwurfs heute nicht weiter Stellung nehmen, sondern nur zwei allgemeine Fragen, die mit der reichsgesetzlichen Einführung einer allgemeinen Arbeitslosenversicherung zusammenhängen, erörtern.

Wenn die Verfassung in Art. 163 Abs. 2 die Sorge für den Unterhalt desjenigen, dem eine angemessene Arbeit nicht nachgewiesen werden kann, für eine Aufgabe der Reichsgesetzgebung erklärt, so war bei Schaffung dieser Vorschrift kein Zweifel, daß zur Lösung dieser Aufgabe eine allgemeine Arbeitslosenversicherung gehört. Der Entwurf versucht nun, den Weg einer solchen Arbeitslosenversicherung zu zeigen. Das ist gegen früher ein gewaltiger Fortschritt. Damit sind die bisherigen theoretischen Erörterungen (zu vgl. mein Aufsatz in ArbVers. 1919 S. 401), ob eine solche Versicherung überhaupt möglich ist, welches System dabei den Vorzug verdient, Gentersystem mit Zuschuß, Sparzwang usw. usw., hoffentlich endgültig abgetan. Aber hier drängt sich die Frage auf, ob der gegenwärtige Zeitpunkt für die Einführung einer reichsgesetzlichen Arbeitslosenversicherung besonders geeignet ist. Diese Frage möchte ich entschieden verneinen. Die Arbeitslosenversicherung ist dazu bestimmt, die gegenwärtige Erwerbslosenfürsorge zu ersetzen; denn ein Nebeneinander von Fürsorge und Versicherung ist selbstverständlich ein Unding. Die Erwerbslosenfürsorge, die nichts anderes als eine Unterstützung aus öffentlichen Mitteln ist, hat der künftigen Arbeitslosenversicherung insofern vorgearbeitet, als man daraus gelernt hat, daß dieser Weg der Fürsorge auf die Dauer nicht beibehalten werden kann. Um unser öffentliches Leben vor noch schwereren Erschütterungen zu bewahren, war die Erwerbslosenfürsorge als Übergangsmaßnahme unbedingt erforderlich. Auf der anderen Seite darf aber nicht verkannt werden,

daß die Auswüchse dieser Fürsorge Wasser auf die Mühlen derer sind, die in der Arbeitslosenversicherung nur eine Prämie für Faulenzer sehen.

Den Ersatz der Erwerbslosenfürsorge durch die Arbeitslosenversicherung sucht der Entwurf in der Weise zu erreichen, daß er die Erwerbslosenfürsorge erst ½ Jahr nach dem Inkrafttreten der Arbeitslosenversicherung aufhören lassen will, d. h. zu einem Zeitpunkt, wo die gewöhnliche Wartezeit für die Leistungen der Arbeitslosenversicherung gerade abgelaufen ist, so daß neue Fälle der Arbeitslosigkeit durch die Versicherung gedeckt würden. Eine Verkürzung der Wartezeit während der ersten 13 Wochen nach dem Außerkrafttreten der Verordnung über die Erwerbslosenfürsorge sieht noch § 99 des Entwurfs vor. Ganz abgesehen davon, daß sich der Kreis der nach dem Gesetzentwurf versicherungspflichtigen Personen bei weitem nicht mit dem Kreise deckt, der jetzt unter die Erwerbslosenfürsorge fällt, wird es bei der leider zunehmenden Verschlechterung des Wirtschaftslebens sicherlich viele geben, die bei der Außerkraftsetzung der Erwerbslosenfürsorge die Wartezeit für die neue Versicherung noch nicht erfüllt haben. Was wird aus ihnen? Selbst der größte Optimist wird nicht annehmen, diese würden sich damit abspeisen lassen, daß nunmehr die Fürsorge aufgehört hat und die Versicherung ihnen mangels Erfüllung der Wartezeit noch nicht zugute kommen kann. Dazu ist die Autorität der Behörden viel zu sehr gesunken. Gerade das Verhalten der Erwerbslosen in allen Teilen des Reichs, die zur Durchsetzung ihrer Forderungen auch vor Gewaltakten nicht zurückschreckten, ist ein Beweis hierfür. Deshalb sollte man nicht den jetzigen Zeitpunkt des Niedergangs der wirtschaftlichen Konjunktur und des Schwindens der Achtung vor dem Gesetz zur Einführung dieses neuen Zweiges der sozialen Versicherung wählen, sondern sollte zunächst die Erwerbslosenfürsorge abbauen. Das kann natürlich nicht durch einfache Abschaffung der Fürsorge geschehen, sondern nur durch Schaffung neuer Arbeitsmöglichkeiten, die viel erörterte „produktive" Erwerbslosenfürsorge. Erst wenn der Abbau in genügendem Umfange durchgeführt werden konnte, ist der Zeitpunkt für die Einführung einer Arbeitslosenversicherung gekommen, die freilich anders aussehen müßte als der jetzt veröffentlichte Entwurf.

Das ist der eine, ich möchte sagen politische Grund, der gegen die Schaffung einer Arbeitslosenversicherung im gegenwärtigen Zeitpunkt spricht. Es gibt aber noch einen anderen, einen wirtschaftlichen Grund. Die Mittel der künftigen Arbeitslosenversicherung müssen — das ist ganz selbstverständlich — im wesentlichen durch Beiträge der Arbeitgeber und Versicherten aufgebracht werden. Es tritt also eine weitere Belastung von Handel und Industrie ein; die in der Landwirtschaft beschäftigten Personen will der Entwurf ausnehmen. Die Beiträge werden voraussichtlich nicht niedrig sein. Die Unterstützung soll in Höhe des Ortslohns gewährt werden. Wenn die Begründung zum Entwurf von einem durchschnittlichen Ortslohn von 4 M. bei der Berechnung der Höhe der Beiträge ausgeht, so ist dieser Satz viel zu niedrig gegriffen. Bei der gegenwärtigen Steigerung der Arbeitslöhne wird man, wenn die Neufestsetzung der Ortslöhne erst überall durchgeführt ist, sicherlich zu einem sehr viel höheren Durchschnittsbetrage gelangen. Deshalb ist es irreführend, wenn der Beitrag des Arbeitgebers und des Versicherten auf je 24 Pf. berechnet wird. Vermutlich wird er ein Mehrfaches davon betragen, zumal wenn man, was ich für sehr wünschenswert hielte, nach dem Muster der Erwerbslosenfürsorge dem Verheirateten für die Frau und die Kinder Zuschläge bewilligen würde.

Hier besteht nun die Gefahr, daß die zu erwartende Belastung der deutschen Wirtschaft geradezu auf Kosten der Invalidenversicherung erfolgt. Ich habe schon früher (Arb. Vers. 1920 Heft 21 S. 401) darauf hingewiesen, daß die Regierung es in unverantwortlicher Weise verzögert hat, die Invalidenversicherung durch Aufbau neuer Lohnklassen

und Heraufsetzung der 2000-M.-Grenze den gegenwärtigen wirtschaftlichen Verhältnissen anzupassen, trotzdem man dieser Versicherung durch die Rentenzulagen Lasten aufgebürdet hat, die direkt ruinös wirken. Das Gesetz vom 20. Mai 1920 mit der Erhöhung der Beiträge in den fünf Lohnklassen ist nur eine Abschlagszahlung. Die weitere Ausgestaltung der Beiträge in der Invalidenversicherung bleibt dringend erforderlich. Soll etwa vorher oder gleichzeitig eine kostspielige Arbeitslosenversicherung kommen, so ist zu befürchten, daß unser Wirtschaftsleben, das schon durch die Steuern so belastet wird, diese neuen Lasten nicht mehr tragen kann. So wünschenswert und erfreulich es ist, daß dem Gebäude der Sozialversicherung in der Arbeitslosenversicherung ein neues Stockwerk aufgesetzt werden soll, so darf das doch erst geschehen, wenn die vorhandenen Stockwerke genügend gegen Zusammenbruch gesichert sind. Bei der Invalidenversicherung ist das aber noch nicht geschehen, solange sie nicht durch Schaffung neuer Lohnklassen und Heraufsetzung der 2000-M.-Grenze wieder lebensfähig geworden ist. Das ist auf dem Gebiete der Sozialpolitik das dringende Gebot der Stunde. Es kann nicht eindringlich genug der Regierung ans Herz gelegt werden, das unbegreifliche Zögern, das die mißliche Lage der Versicherungsträger verschuldet, endlich aufzugeben und energisch ans Werk zu gehen.

Jetzt noch ein Wort über die weitere Behandlung des Gesetzentwurfs. Art. 165 Abs. 4 der Reichsverfassung bestimmt, daß sozialpolitische und wirtschaftspolitische Gesetzentwürfe von grundlegender Bedeutung von der Reichsregierung vor ihrer Einbringung dem Reichswirtschaftsrat zur Begutachtung vorgelegt werden sollen. Es besteht wohl kein Zweifel, daß der Gesetzentwurf über Arbeitslosenversicherung zu den sozialpolitischen Gesetzentwürfen gehört und daß ihm grundlegende Bedeutung beizumessen ist. Ebenso ist wohl außer Zweifel, daß die Reichsregierung, obwohl es sich in Art. 165 Abs. 4 nur um eine „Soll“-, nicht um eine „Muß“-Vorschrift handelt, auch diesen Entwurf dem Reichswirtschaftsrat zur Begutachtung vor der Einbringung in den Reichstag vorlegen wird. Die Aufgabe des Reichswirtschaftsrats ist nicht eine Durchberatung des Gesetzentwurfs in allen seinen Einzelheiten, sondern da er nur gutachtlich sich zu äußern hat, wird er nur zu den allgemeinen Richtlinien des Entwurfs Stellung zu nehmen haben. Da wäre es wohl sachgemäßer gewesen, wenn vor der Einbringung des Gesetzentwurfs in den Reichsrat das Gutachten des Reichswirtschaftsrats eingeholt worden wäre, das auf die Entschließung des Reichsrats und der Regierung sicherlich nicht ohne Einfluß bleiben kann, wenn es der im Entwurf niedergelegten Auffassung der Regierung nicht zustimmt.

Bei dieser Gelegenheit muß dem Bedauern Ausdruck gegeben werden, daß man bei der freilich nur provisorischen Zusammensetzung des Reichswirtschaftsrats die soziale Versicherung wieder völlig vergessen hat. (Vgl. die Verordnung über den vorläufigen Reichswirtschaftsrat vom 4. Mai 1920 RGBl. S. 858.) Gerade bei der großen Bedeutung, die die soziale Versicherung für die Volkswohlfahrt hat, ist es wohl kein unbilliges Verlangen, daß in einer Körperschaft, die sich gutachtlich über die Gesetzgebung auf diesem Gebiete zu äußern hat, auch die Träger der Sozialversicherung eine angemessene Vertretung haben. Statt dessen hat man es dem Zufall überlassen, ob ein berufenes oder gewähltes Mitglied zufällig diesem oder jenem Zweige der sozialen Versicherung nahe steht. Noch ist es Zeit, bei der endgültigen Zusammensetzung des Reichswirtschaftsrats hier Versäumtes nachzuholen.

Die Höhe der Wochenhilfeleistungen und die Kommunalisierung des Hebammenberufs.

Von Regierungsamtmann Bernhardt in Chemnitz.

Nachdem die Gebührensätze für die Ärzte und zum Teil für die Hebammen eine wesentliche Erhöhung erfahren haben, dürfte die Frage einer Prüfung zu unterziehen sein, ob die Bezüge aus dem Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge noch ihrer sozialen Zweckbestimmung, als Vorbedingung und materielle Grundlage für Mutterschutz und Säuglingsfürsorge zu dienen, hinreichend entsprechen.

Es muß zugegeben werden, daß die Festsetzung der Bezüge teilweise durch die fortschreitende Geldentwertung und die damit zu begründende Erhöhung der Gebührensätze für die Behandlung durch Arzt und Hebamme gewissermaßen überholt ist, und daß die Bezüge bei weitem nicht mehr den Wert für die Wöchnerin haben, den sie bei Erlaß des Gesetzes vom 26. September 1919 tatsächlich noch hatten. Allerdings wird man diese Behauptung nicht allgemein für alle Wöchnerinnen gleichmäßig aufstellen können; so wird für diejenigen Wöchnerinnen, die auf Grund eigener Versicherung sich einen Anspruch auf Wochenhilfe gesichert haben, ein dringendes Bedürfnis zur Erhöhung der Bezüge in der einen oder anderen Gestalt dann nicht vorliegen, wenn sie in einer höheren Lohnstufe versichert sind. Wohl sind den Wöchnerinnen bei teilweiser Arbeitslosigkeit infolge ungünstiger Geschäftslage hinsichtlich der Höhe der Versicherung Grenzen gezogen, bei gutem Geschäftsgang ist den Wöchnerinnen aber leicht die Möglichkeit der Versicherung selbst in den höchsten Lohnstufen gegeben. Die Praxis lehrt uns, daß Fälle, in denen den Wöchnerinnen bis zu 1700 M. und darüber für einen Entbindungsfall auszuzahlen sind, gar nicht zu den Seltenheiten gehören. Bei Mehrlingsgeburten erhöhen sich die Bezüge, wenn die Wöchnerin stillt, noch wesentlich. Was das Wochengeld anlangt, wird hiergegen aus dem Gesichtspunkt, daß die Wöchnerin sich durch ihre höheren Beiträge den Anspruch auf die höhere Leistung wohl erworben hat, nichts einzuwenden sein, zumal da zu berücksichtigen ist, daß sie im Krankheitsfall ein gleich hohes Krankengeld zu beanspruchen hätte; die Bemessung des Stillgeldes nach der Hälfte des Krankengeldes aber erscheint im Verhältnis zum Stillgeld bei der Wochenfürsorge unzweifelhaft bedenklich und kann für eine wenig leistungsfähige Krankenkasse unter Umständen schwerwiegende Folgen haben. Die Erhöhung der Grundlöhne schafft den Krankenkassen zwar einigermaßen einen Ausgleich, immerhin ist die Belastung durch das nach § 195 a RVO. zu gewährende Stillgeld, wenn die Wöchnerin hoch versichert ist, außerordentlich groß, so daß es schließlich ein begreifliches und nicht unbilliges Verlangen der Krankenkassen wäre, wenn diese Ausgaben oder wenigstens ein Teil derselben vom Reich übernommen würden. Stimmen und Ansichten im Sinne solcher Regelung sind auch schon laut geworden. Was für das Stillgeld bei der Wochenfürsorge gilt, trifft auch bei der Familienhilfe zu, wenn die Krankenkassen von dem ihnen nach § 205 a RVO. zustehenden Rechte einer Erhöhung des Wochengeldes und Stillgeldes keinen Gebrauch machen.

Der Unterschied zwischen der Höhe des Stillgeldes einer hoch versicherten Wöchnerin und einer Wöchnerin, die nur Anspruch auf 75 Pf. Stillgeld für den Tag hat, steht bekanntlich bei einem Grundlohn von 30 M. im Verhältnis wie 10 : 1; wenn es an sich schon nicht recht verständlich, ja unmoralisch erscheint, die Stilltätigkeit verschieden zu bewerten, so ist ein derart großer Unterschied in der Festsetzung des Stillgeldes auf jeden Fall ungerechtfertigt. Diese Erscheinung erklärt sich zum Teil daraus, daß die Grundlöhne nach Inkrafttreten des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge erhöht worden sind und die Bestimmung in § 195a

RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 26. September 1919 in der Bekanntmachung, betreffend die jetzige Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 22. Mai 1920 insoweit unverändert wieder aufgenommen worden ist.

Die Wöchnerinnen, die nur eines geringeren Wochengeldes auf Grund von § 195a RVO. oder § 205a RVO. oder § 19 des Gesetzes vom 26. September 1919 teilhaftig werden, wird man für den Ausfall, der ihnen aus den sich steigernden Ausgaben für ärztliche Behandlung, für den Beistand der Hebamme und die Arznei entsteht, billigerweise entschädigen müssen. Als geeignetes Mittel zur Aufbesserung erscheint die Erhöhung des Entbindungskostenbeitrags. Die Erhöhung muß aber, wenn sie einen Ausgleich nach sozialen Grundsätzen schaffen soll, nach Maßgabe der Höhe der Gesamtbezüge oder noch richtiger des Wochengeldes gestaffelt werden in der Weise, daß der Beitrag in dem Maße steigt, als das Wochengeld niedriger wird. Die Höhe des Wochengeldes wird deswegen allein zugrunde zu legen sein, weil das Stillgeld nicht von allen Wöchnerinnen in Anspruch zu nehmen ist. Hiernach hätte die Regelung etwa dergestalt zu erfolgen, daß Wöchnerinnen bei einem Wochengeld im Gesamtbetrage bis 300 M.: 150 M., bis 400 M.: 125 M., bis 500 M.: 100 M., bis 750 M.: 75 M., von über 750 M.: 50 M. als Entbindungskostenbeitrag erhalten. Durch Erhöhung des Entbindungskostenbeitrags würden die Kassen überdies auch eher in der Lage und geneigt sein, die Sachleistungen nach § 195a Ziff. 1 und 3 zu übernehmen, eine Folge, die unzweifelhaft vorwiegend der Wöchnerin zugute kommen würde.

Sollte aber eine solche Lösung auf gesetzlichem Wege nicht zu erhoffen sein, weil schließlich wegen der Kostenfrage der Bereitwilligkeit Grenzen gezogen sind, so kann im Wege der Selbsthilfe der Krankenkassen und der an ihnen interessierten Gemeindeverbände zu einem Mittel Zuflucht genommen werden, das den Interessen der Krankenkassen und der Wöchnerinnen sowie letzten Endes auch der Hebammen in gleichem Maße gerecht wird und eine vom sozialen Gesichtspunkt aus als gerecht zu bewertende Verteilung der Lasten nach Maßgabe des Leistungsvermögens vorsieht. Der Weg zu diesem Mittel ist in der Bestimmung in § 195d der Novelle vom 30. April 1920 gewiesen, wonach das Landesgesetz vorschreiben kann, daß die Krankenkassen an eine öffentlich-rechtliche Körperschaft, die zur Hilfe bei der Niederkunft und bei der Schwangerschaft dem bei der Kasse Versicherten festangestellte und besoldete Hebammen zur Verfügung stellt, einen Beitrag in Höhe der für solche Hilfeleistungen bestimmten Gebühr zu entrichten haben. Der Weg, der hier vorgezeichnet ist, eröffnet zweifellos die günstigsten Aussichten für eine alle Teile, die Krankenkassen, die Wöchnerinnen und die Hebammen, zufriedenstellende Lösung der Frage, wie die Sicherstellung der Behandlung der Wöchnerin und der Bezahlung der Hebamme ohne Reibung und Streit zu erreichen ist. In erster Linie wird damit den Interessen der Wöchnerin gedient. Im Bezirke des Versicherungsamts Chemnitz-Land haben in sinngemäßer Anwendung der Vorschrift in § 195d einige Gemeinden im Einvernehmen mit den Krankenkassen den Versuch gewagt, die Hebammen zu kommunalisieren, d. h. die Hebammen gegen feste Besoldung anzustellen. Bei der ortsgesetzlichen Regelung der Anstellungs- und Besoldungsbedingungen erscheint es angezeigt, eine Vorschrift mit aufzunehmen, die im Interesse der Wöchnerin und für das Ansehen des Standes der Hebammen notwendig ist, nämlich, daß — nach Befinden unter Androhung von Strafe — sowohl das Anbieten wie die Annahme einer Sondervergütung für den Beistand der Hebamme untersagt wird. Nach den bisher gemachten Erfahrungen scheint die Einrichtung der Kommunalisierung des Hebammenberufs sich durchaus zu bewähren, so daß die Aussicht besteht, daß andere Gemeinden und Krankenkassen, wenn eine landesgesetzliche Regelung nicht erfolgt, dem Beispiele

folgen werden. Die Aufbringung der Mittel zur Besoldung der Hebammen ist zweckmäßig in der Weise sicherzustellen, daß von den Krankenkassen für jede Entbindung einer versicherten Wöchnerin ein bestimmter Betrag bzw. ein Prozentsatz (etwa 80 v. H.) des gesetzlich festgelegten Entbindungskostenbeitrags an die Gemeinde abzuführen ist, wogegen von den nicht versicherten Wöchnerinnen eine nach Maßgabe der Höhe des Einkommens progressiv zu bemessende Gebühr erhoben wird.

Das sächsische Ministerium des Innern hat die Zulässigkeit der Kommunalisierung der Hebammen unter dem Vorbehalte ausdrücklich anerkannt, daß nicht hierdurch die Rechte der Anstellungsbehörde, bezüglich Anstellung, Verpflichtung, Kündigung, Pensionierung und Dienstaufsicht betroffen werden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Lösung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses durch Stillegung des Betriebs.

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** vom 13. September 1920 (1358 O. K.).

Die Antragstellerin, eine Fabrikfirma, schränkte am 27. März 1920 ihren Betrieb infolge Arbeitsmangels zunächst auf 24 Stunden wöchentlich ein und legte sodann am 19. April ihren Betrieb still. Am 17. April mußten aus diesem Grunde 28 Arbeiter und Arbeiterinnen die Arbeit niederlegen, während 11 andere noch bis zum 21. bzw. 27. bzw. 28. bzw. 29. April beschäftigt wurden.

Auf Veranlassung des für die Erwerbslosenfürsorge zuständigen Arbeitsamtes unterließ es die Firma, die Versicherten aus der Kasse abzumelden, weil das Arbeitsverhältnis durch eine zeitweilige Betriebseinstellung nicht gelöst sei und die Abmeldung daher noch unterbleiben müsse. Als die Firma aber am 15. Mai von der Kasse die Beitragsrechnung für die Zeit bis zum 2. Mai erhielt, meldete sie am 15. Mai die Leute ab. Sie wurde nunmehr beim Versicherungsamt vorstellig und beantragte, der Kasse aufzuerlegen, die bis zum 2. Mai gezahlten Beiträge zurückzuzahlen und von der Beitragsforderung bis zum 15. Mai abzusehen. — Die Kasse hat Zurückweisung des Antrages und Feststellung der Beitragspflicht bis zum 15. Mai beantragt, weil zwar mit der Einstellung der Arbeit und der Lohnzahlung das Arbeitsverhältnis sein Ende erreicht, die Firma aber erst am 15. Mai die Abmeldung vorgenommen habe und deshalb nach § 397 RVO. zur Fortzahlung der Beiträge bis dahin verpflichtet sei.

Das Arbeitsamt hat in seiner Auskunft vom 14. Juni (Blatt 5) erklärt, daß die Arbeiter erst am 19. Juni entlassen worden seien, als sich herausgestellt habe, daß an eine Wiederaufnahme der Arbeit in absehbarer Zeit nicht mehr zu denken war. Das Arbeitsamt betrachte daher das Arbeitsverhältnis bis dahin noch als bestehend. Diese Auffassung stütze sich auf eine Verfügung des Arbeitsministeriums vom 7. März 1920 (*vorstehend abgedruckt*).

Das Versicherungsamt wies den Antrag auf Rückzahlung ab und stellte fest, daß die Firma Beiträge noch bis zum 15. Mai 1920 zu entrichten hat. — *Gründe*:

In diesem Streit handelt es sich um die grundsätzliche Frage, ob bei einer Stillegung des Betriebes infolge Arbeitsmangels das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis der arbeitslos werdenden Versicherten sofort mit dem Aufhören der Tätigkeit und Lohnzahlung oder erst dann erlischt, wenn etwa eine förmliche Entlassung erfolgt oder der Arbeitgeber den Arbeitern erklärt, daß an eine baldige Wiederaufnahme der Arbeit nicht zu denken sei. Das Versicherungsamt stellt sich grundsätzlich auf den Standpunkt, *daß es einer förmlichen Entlassung auch in diesen Fällen der Betriebsstillegung nicht bedarf, um das Beschäftigungsverhältnis im Sinne des Versicherungsrechts zu beendigen*. Die Versicherungspflicht beruht im wesentlichen auf der tatsächlichen Beschäftigung des Arbeiters und der Verfügungsmacht des Arbeitgebers über seine Arbeitskraft einerseits und auf der Lohnzahlung anderseits. Ist nach den obwaltenden Verhältnissen anzunehmen, daß der Arbeitgeber die Verfügung über die Arbeitskraft verloren oder aufgegeben hat, so ist auch das Arbeitsverhältnis gelöst, ohne daß der eine oder andere Teil ausdrücklich den Willen zu bekunden braucht, den Arbeitsvertrag zu lösen. Nur bei kurzen Unterbrechungen der Beschäftigung kann unter Umständen angenommen werden, daß die Verfügungsmacht des Arbeitgebers über die Arbeitskraft des Arbeiters noch fortdauert, trotzdem in der Zwischenzeit Arbeiten nicht geleistet werden. Nicht nur bei kurzen Krankheiten und bei Beurlaubung, sondern auch beim vorübergehenden *Aussetzen der Arbeit an einigen Tagen der Woche infolge von Betriebseinschränkungen* ist das anzunehmen, da alsdann die Arbeiter auf ihre Weiter-

beschäftigung mit Sicherheit oder großer Wahrscheinlichkeit rechnen können und sich dem Arbeitgeber weiter zur Verfügung halten. Während der Zeit vom 27. März bis 17. April, als die Beschäftigung auf drei Tage in der Woche eingeschränkt wurde, bestand daher das Arbeitsverhältnis auch für die arbeitsfreien Tage zweifellos fort. Bei der völligen Stillegung des Betriebes infolge Arbeitsmangels aber liegt die Sache wesentlich anders. Hier findet eine Lohnzahlung, die dem Arbeitgeber die Zahlung der Beiträge ermöglicht, überhaupt nicht mehr statt. Unter besonderen Umständen können vielleicht der Unternehmer und die Arbeiterschaft des Betriebes noch hoffen, daß die Ursachen der Stockung bald behoben werden. Dies kann der Fall sein, wenn es sich um eine Einstellung des Betriebes infolge von Stockung in der Zufuhr von Kohlen, Betriebsstoffen oder Materialien handelt. Wenn dagegen die Stockung in einer allgemeinen oder doch auf einen ganzen Gewerbszweig sich erstreckenden Wirtschafts- oder Absatzkrise, wie in diesem Falle begründet ist, dann ist die Aussicht auf eine rasche Behebung des Notstandes so ungewiß und unwahrscheinlich, daß die Beteiligten nicht mit einer so baldigen Wiederaufnahme der Arbeit rechnen können. Daher halten sich die Arbeiter auch keineswegs fortdauernd zur Verfügung des Arbeitgebers. Sie suchen andere Arbeit. Der Arbeitgeber aber kann auch nicht hoffen, die Beiträge für die Aufrechterhaltung der Versicherung alsbald von den Arbeitern wieder einziehen zu können, zumal ganz dahinsteht, ob er bei der Wiedereröffnung des Betriebes den Betrieb voll wieder aufnehmen und alle Arbeiter wieder einstellen kann, und ob die Arbeiter nicht inzwischen zum Teil andere Beschäftigung gefunden haben oder abgewandert sind. Wesentlich anders liegt die Sache bei einem Streik oder einer Aussperrung. Hier wird die Beschäftigung in der Absicht unterbrochen, um den anderen Teil zu zwingen, sich den gestellten Arbeits- oder Lohnbedingungen zu unterwerfen und das Arbeitsverhältnis unter diesen geänderten Bedingungen fortzusetzen. Beide Teile wollen von vornherein nur eine Unterbrechung der Arbeit, bis die Notlage oder die Vernunft den anderen Teil zwingt. Sie rechnen in der Regel mit verhältnismäßig kurzen Zeiträumen. Bei dieser durch die allgemeine Wirtschaftskrise verursachten Stillegung konnten aber beide Teile, jedenfalls der Unternehmer, nicht mit ihrer baldigen Behebung rechnen. Auf die Lage zur Zeit der Arbeitseinstellung aber kommt es in erster Linie an. Hier hat übrigens auch die weitere Entwicklung bestätigt, daß man es nicht mit einer kurzen Unterbrechung zu tun hatte.

Aus diesen Erwägungen folgt daher, daß das Lohnarbeitsverhältnis der Arbeiter des Betriebes an den Tagen, als sie infolge der Stillegung die Arbeit einstellen mußten, gelöst und nicht nur unterbrochen worden ist. Soweit sie sich nicht freiwillig weiterversichert haben, verloren sie also die Kassenmitgliedschaft. Die Firma aber war verpflichtet, sie binnen drei Tagen nach Niederlegung der Arbeit abzumelden. Das hat sie unterlassen, weil sie auf dem Arbeitsamt die falsche Auskunft erhielt, daß es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung des Arbeitsverhältnisses handele, die das Versicherungsverhältnis nicht löse. Da es sich um eine amtliche Stelle handelt und die Firma wohl annehmen durfte, daß diese sachkundig sei, so trifft die Inhaber der Firma keine Schuld an der versäumten Abmeldung. Trotzdem aber sind sie nach § 397 RVO. zur Fortzahlung der Beiträge verpflichtet, da der Gesetzgeber die Pflicht zur Fortzahlung der Beiträge bis zur Abmeldung zu dem Zweck auferlegt hat, durch diese Folgen allgemein die Arbeitgeber zu strengster Beachtung der Abmeldungen anzuhalten, ohne Rücksicht darauf, ob den einzelnen eine Schuld an der Versäumnis trifft oder nicht. Da die Firma selbst die Beiträge zu tragen hat, so darf sie sie auch nicht den etwa jetzt wieder eingestellten Arbeitern in Abzug bringen. Die Kasse hat daher die Beiträge als Strafbeiträge nicht als Mitgliedsbeiträge zu Recht erhoben und gefordert. Die Antragstellerin aber hat den durch die falsche Auskunft des Arbeitsamtes verursachten Schaden zu tragen.

Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit nach § 169 Abs. 2 RVO.

Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 30. April 1920 (2587 Amtl. Nachr. 1920 S. 376).

Nach § 169 Abs. 1 RVO. in der alten Fassung waren von der Krankenversicherungspflicht befreit alle vom Reiche, von einem Bundesstaat oder gewissen sonstigen Körperschaften Beschäftigten, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber im Erkrankungsfall ein bestimmter Mindestanspruch auf Krankenhilfe oder gleichwertige Barleistungen gewährleistet war. Ein Unterschied zwischen beamteten und nicht beamteten Angestellten bestand insoweit nicht. Das hat die Verordnung vom 3. Februar 1919 geändert. Während für Beamte der genannten Körperschaften § 169 Abs. 1 RVO. in der alten Fassung unverändert aufrechterhalten worden ist, ist die Versicherungsfreiheit der sonstigen Beschäftigten der gedachten Arbeitgeber durch die Verordnung wesentlich eingeschränkt worden. Sie sind nach § 169 Abs. 2 RVO. in der neuen Fassung nur noch dann versicherungsfrei, wenn sie auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind. Dabei ist, wenn das im Gesetz auch nicht ausdrücklich zum Ausdruck kommt, doch als selbstverständliche Absicht des Gesetzgebers zu unterstellen, daß die Beschäftigten der in § 169 Abs. 2 genannten Art nur dann ver-

sicherungsfrei sind, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 im übrigen erfüllt sind, wenn ihnen also im Erkrankungsfall ein Versorgungsanspruch gegen ihren Arbeitgeber in dem in Abs. 1 geregelten Umfang zusteht. Wollte man andernfalls annehmen, daß die in § 169 Abs. 2 erwähnten Beschäftigten schlechthin von der Versicherungspflicht befreit seien, so würden sie hinsichtlich der Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit wesentlich günstiger gestellt sein als die Beamten des § 169 Abs. 1, was eine wesentliche Abweichung von dem Rechtszustande vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 3. Februar 1919 bedeuten würde und sicher nicht der Absicht des Gesetzgebers entsprochen hat (zu vgl. auch Spielhagen in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Vers. 1919 Sp. 225 ff.). Dementsprechend können nach der Verordnung des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe, betreffend Krankenversicherungspflicht der im Staatsdienst beschäftigten Beamten und Angestellten, vom 31. Oktober 1919 (Ministerial-Blatt der Handels- und Gewerbe-Verwaltung 1919 S. 306) die in Betrieben oder im Dienste des Staates gegen Entgelt beschäftigten, nicht beamteten Personen, die auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind, von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht nur durch Gewährleistung von Krankenhilfe oder gleichwertigen Barbezügen befreit werden, und auch die lübeckische Verordnung vom 25. Dezember 1913 geht mit Recht von derselben Voraussetzung aus.

Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit der auf Kündigung angestellten Beschäftigten des Staatsarchivs ist hiernach, daß ihnen ein Anrecht auf Ruhegehalt im Sinne des § 169 Abs. 2 RVO. in der neuen Fassung und bejahendenfalls, daß ihnen im Erkrankungsfall ein den Anforderungen des § 169 Abs. 1 entsprechender Versorgungsanspruch gegen den Arbeitgeber zusteht. Schon der vom Gesetzgeber gewählte Wortlaut: „Anrecht auf Ruhegehalt" deutet darauf hin, daß dieser Begriff nicht gleichbedeutend ist mit der „Anwartschaft auf Ruhegeld" im Sinne des § 1234 RVO. und des § 9 VersGes. f. Angest. Das geht aber unzweideutig aus der Entstehungsgeschichte des § 1234 RVO. hervor. Während nach § 4 des Gesetzes, betr. die Inv. und Altersvers., vom 22. Juni 1889, Reichs- und Staatsbeamte immer, Kommunalbeamte nur dann von der Versicherungspflicht befreit waren, wenn sie mit Pensionsberechtigung angestellt waren, also im Falle ihrer Dienstuntauglichkeit einen sofort in Kraft tretenden Anspruch auf Ruhegehalt bereits erworben hatten, erachtete § 5 Abs. 1 und 2 InvVersGesetzes vom 13. Juli 1899 unter anderem die Versicherungspflicht für Reichs-, Staats- und Kommunalbeamte gleichmäßig dann für ausgeschlossen, wenn ihnen eine Anwartschaft auf Pension im Mindestbetrage der Invalidenrente gewährleistet war. An Stelle der für Kommunalbeamte erforderten Anstellung mit Pensionsberechtigung trat also für alle Beamten die Anwartschaft auf Pension. § 1234 RVO. erweiterte diese Voraussetzung der Versicherungsfreiheit noch dahin, daß außer der Anwartschaft auf Ruhegeld in bestimmter Höhe noch eine solche auf Hinterbliebenenrente gewährleistet sein muß. Hieraus geht klar hervor, daß die Anwartschaft auf Ruhegeld ein geringeres Erfordernis ist als die Pensionsberechtigung; befreit ist danach nicht nur, wer im Falle seiner Dienstuntauglichkeit sofort ein Ruhegeld zu fordern haben würde, sondern auch, wer in eine an sich mit Ruhegehaltsberechtigung ausgestattete Stelle eingerückt ist, aber den gesicherten Anspruch auf Ruhegeld erst durch Zurücklegung einer längeren Dienstzeit zu erwerben hat. Dieser Unterschied im Ausdruck, wie er bei der Entstehungsgeschichte des § 1234 RVO. klar zutage tritt, darf auch bei Abwägung der Bedeutung des § 169 Abs. 2 RVO. in der neuen Fassung nicht außer Acht gelassen werden. Wenn hier der Gesetzgeber offenbar bewußt und gewollt von einem Anrecht auf Ruhegehalt spricht, so kann darunter nur die „Pensionsberechtigung" im Sinne des § 4 des Gesetzes, betr. die Inv. und Altersvers., vom 22. Juni 1889, also der im Falle der Dienstuntauglichkeit sofort in Kraft tretende Anspruch auf Ruhegehalt verstanden sein (zu vgl. Hoffmann, Kommentar 5. Aufl. Anm. 10 zu § 169 RVO.; Arbeiter-Versorgung 1919 S. 217 f.; Anleitung des RVA. über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, Amtl. Nachr. des RVA. S. 720 ff. Ziff. 26 und 35).

Da die eingangs erwähnten Angestellten des Staatsarchivs nach dem lübeckischen Gesetze vom 30. Dezember 1912 sämtlich einen Pensionsanspruch noch nicht erworben haben — zur Zeit haben sie lediglich eine Anwartschaft auf Pension —, fehlt es an einer wesentlichen Voraussetzung für ihre Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 169 Abs. 2 RVO. Damit steht aber nicht ohne weiteres fest, daß die gedachten Personen krankenversicherungspflichtig sind, wie das Versicherungsamt in der angefochtenen Entscheidung ausgesprochen hat. Das Versicherungsamt hätte, bevor es der Frage der Versicherungsfreiheit näher trat, zunächst prüfen müssen, ob und inwieweit Versicherungspflicht nach § 165 RVO. gegeben ist. Insoweit bedarf es, soweit zunächst die Bibliothekarin und wissenschaftliche Hilfsarbeiterin M. in Frage kommt, noch der Prüfung, ob sie als „Angestellte in ähnlich gehobener Stellung" im Sinne von § 165 Abs. 1 Nr. 2 RVO. anzusprechen ist oder ob sie nicht vielmehr eine höhere, mehr wissenschaftliche Tätigkeit ausübt und daher der Versicherungspflicht überhaupt nicht unterliegt (zu vgl. Anleitung des RVA

a. a. O. Ziff. 43; Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. und 9. Aufl. Anm. 13 zu § 165 RVO.). Hinsichtlich der übrigen Angestellten muß zunächst geprüft werden, ob sie Gehilfen im Sinne des § 165 Abs. 1 Nr. 1 RVO. oder Angestellte in gehobener Stellung nach Nr. 2 a. a. O. sind (zu vgl. Entsch. 2539, Amtl. Nachr. des RVA. 1919 S. 370). Für den Fall, daß sie Angestellte nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 RVO. sind, hängt ihre Versicherungspflicht weiter davon ab, ob ihr Jahresarbeitsverdienst den in § 1 der Verordnung über Ausdehnung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der Krankenversicherung vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321, Amtl. Nachr. 1918 S. 496) festgesetzten Höchstbetrag von 5000 ℳ übersteigt. Dabei werden als Jahresarbeitsverdienst neben dem Gehalt lediglich die in regelmäßiger Wiederkehr gezahlten Kriegsbeihilfen und Kriegsteuerungszulagen, nicht aber, wie das Staatsarchiv in seiner Äußerung an das Reichsversicherungsamt vom 13. April 1920 meint, auch sog. Beschaffungsbeihilfen, also einmalige Kriegsteuerungszulagen, anzusehen sein (zu vgl. Entsch. 2534, Amtl. Nachr. 1919 S. 358).

Verlängerte Mitgliedschaft nach § 311 RVO. zählt nicht als vorgängige Versicherung im Sinne des § 313.

Beschluß des **Oberversicherungsamts Zwickau** vom 19. August 1920 (Kk. B. 24/20).

§ 11 der Satzung der Allgemeinen Ortskrankenkasse W., der im wesentlichen mit § 313 RVO. übereinstimmt, fordert für die freiwillige Weiterversicherung unter anderem, daß bis zum Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung die Versicherung entweder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen oder innerhalb der vorangegangenen 12 Monate mindestens 26 Wochen gewährt hat. Diese Zeit der Versicherung muß vor dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung, nicht vor dem Ausscheiden aus der Kasse, vollendet sein, so daß die Zeit, während deren ein Arbeitsunfähiger noch nach seinem Ausscheiden aus der Beschäftigung auf Grund des § 311 RVO. Mitglied bleibt, nicht einzurechnen ist (Handb. der Krankenversicherung, ausführl. Kommentar v. Hahn, Anm. 2b zu § 313). Es scheidet jemand aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus, wenn die Versicherungspflicht fortfällt. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn das zugrundeliegende Beschäftigungsverhältnis tatsächlich in Wegfall kommt. Mit Recht hat daher die Vorentscheidung im Hinblick auf die Dauer der vom 13. Februar 1920 ab eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und Krankheit der G. — erst am 23. Mai wurde sie wieder gesundgeschrieben — die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses mit dem 13. Februar 1920 und damit zugleich das Ausscheiden der G. aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung angenommen, so daß die spätere Zeit für die Berechnung der in § 11 der Satzung und § 313 RVO. geforderten Mindestdauer der Versicherung nicht in Frage kommt. Da die G. unmittelbar vor dem erwähnten Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung nur in der Zeit vom 7. Januar 1920 bis 13. Februar 1920, insgesamt 38 Tage, zuvor aber zuletzt im Jahre 1918 einmal einige Wochen versichert gewesen ist, so sind die Voraussetzungen für die freiwillige Weiterversicherung mindestens sechswöchige Versicherungspflicht unmittelbar vor dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung oder mindestens 26wöchige in den vorangegangenen 12 Monaten, nicht erfüllt, die freiwillige Weiterversicherung der G. ist daher nicht zulässig.

Nur völlig Erwerbslose sind von der Gemeinde gegen Krankheit weiterzuversichern.

Verfügung des **Reichsarbeitsministers** v. 7. 3. 1920.

Aus einem besonderen Anlaß scheint es mir geboten, darauf hinzuweisen, daß die Gemeinden nicht verpflichtet sind, für Arbeitnehmer, die nach § 9 Abs. 2 der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge teilweise Erwerbslosenunterstützung beziehen, Beiträge zur Krankenversicherung zu leisten.

Unter den Erwerbslosen, die die Gemeinden nach § 12a der Reichsverordnung zu versichern haben, sind nur Personen zu verstehen, die überhaupt keinen Verdienst haben, nicht aber solche, die nur einen geminderten Wochen- oder Doppelwochenarbeitsverdienst haben. Ferner setzt die Fortsetzung oder Aufrechterhaltung einer Versicherung gegen Krankheit voraus, daß der Versicherte aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden ist. Dieses ist nicht der Fall, solange die Arbeitseinstellung nur vorübergehend und das Arbeitsverhältnis nicht gelöst ist.

Einweisung ins Krankenhaus aus einem unzutreffenden Grunde ist für den Versicherten unverbindlich.

Revisionsentsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 10. März 1920 (IIa K. 15).

Nach der bedenkenfrei getroffenen tatsächlichen Feststellung des Oberversicherungsamts hat die Beklagte die Zahlung des Krankengeldes für den verstorbenen Ehemann der Klägerin in der Zeit vom 30. März bis zum 29. Juni 1915 verweigert, weil dieser ihrer Aufforderung, sich in ein Krankenhaus zu begeben, nicht gefolgt ist. Die Einweisung in das Krankenhaus war mit der Begründung erfolgt, daß das Leiden eine Beobachtung notwendig mache (§ 184 Abs. 3 Nr. 4 RVO.). In Wirklichkeit war jedoch bei

der Art des Leidens, einer weit vorgeschrittenen Lungentuberkulose, die Beobachtung nicht erforderlich. Wohl aber war eine Unterbringung in der Anstalt zum Schutze der Familienangehörigen gegen die drohende Gefahr der Ansteckung geboten, so daß die Einweisung in das Krankenhaus auf Grund des § 184 Abs. 3 Nr. 2 RVO. hätte erfolgen können.

Wenn das Oberversicherungsamt bei diesem Sachverhalt die Beklagte zur Verweigerung des Krankengeldes nicht für berechtigt gehalten hat, so ist ihm darin beizutreten. Dem Versicherten, der einer Einweisung in das Krankenhaus nicht folgt, kann daraus ein Nachteil jedenfalls dann nicht erwachsen, wenn ihm der diese Einweisung rechtfertigende Grund nicht bekanntgegeben worden ist (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 3d zu § 184 RVO.). Das gleiche gilt, wenn einem Versicherten bei der Einweisung, wie hier, statt des zutreffenden Grundes ein in Wirklichkeit nicht zutreffender Grund angegeben worden ist. Denn in diesem Falle ist der Versicherte, ebenso wie bei einer ganz allgemein gehaltenen Krankenhauseinweisung, nicht in der Lage, von sich aus beurteilen zu können, ob die Maßnahme der Kasse berechtigt ist, und Gegengründe gegen diese Einweisung geltend zu machen, deren Vorbringung ihm nicht von vornherein abgeschnitten werden darf (vgl. auch die Entsch. des bad. VerwGerH. vom 4. Januar 1910, Reger Bd. 30 S. 442). Die Nichtbefolgung einer nicht oder unrichtig begründeten Einweisung kann dem Versicherten als Ungehorsam, der zum Verlust seines Anspruchs führen muß, nicht zur Last gelegt werden. (Breithaupt.)

B. Zur Unfallversicherung.

Verschlimmerung eines Leidens (Tuberkulose) und Tod als Unfallfolge. — Beschränkung des Urteils auf diese Feststellung.

Urteil des **Oberversicherungsamts Stettin** vom 20. August 1920 (G. I c 165/19).

Der Arbeiter P. hat nach seiner Angabe am 5. 11. 1917 im Betriebe der Hütte . . . dadurch einen Unfall erlitten, daß er beim Abtragen von Koks ausgeglitten und hingefallen ist, wobei ihm der gefüllte Korb auf die rechte Brustseite gefallen sei und diese gequetscht habe. Er wurde ärztlich behandelt, schließlich in ein Krankenhaus aufgenommen und ist dort am 7. 5. 1918 verstorben. Die Berufsgenossenschaft hat durch Bescheid den Anspruch der Witwe auf Hinterbliebenenentschädigung und Sterbegeld abgelehnt, weil der Unfall nicht einwandfrei erwiesen und der Tod in keinem Falle als Unfallfolge zu betrachten, sondern auf Lungenschwindsucht zurückzuführen sei.

Dieser Bescheid ist von der Witwe, angeblich aus Unkenntnis der gesetzlichen Bestimmungen, nicht angefochten worden. Die Landesversicherungsanstalt aber, welche dem Sohne des Verstorbenen gemäß § 1259 RVO. eine Waisenrente von 3,55 ℳ monatlich zahlt, teilte der Berufsgenossenschaft am 25. März 1919 mit, daß sie gegen den der Witwe P. erteilten ablehnenden Bescheid Berufung einlegen wolle, und bat, ihr zu diesem Zwecke einen berufungsfähigen Bescheid zu erteilen. Diesem Ansuchen wurde zwar entsprochen, doch würde „die Rückerstattung der gezahlten Rentenbeträge" abgelehnt mit der gleichen Begründung, wie gegenüber der Witwe. Das von der klagenden Versicherungsanstalt als „Berufung" an das Oberversicherungsamt gerichtete Schreiben, worin Aufhebung des Bescheides und Anerkennung der Entschädigungspflicht beantragt wurde, ist von der beklagten Berufsgenossenschaft als Einspruch behandelt und gemäß § 1592 RVO. an das Versicherungsamt weitergegeben worden, das nach Verhandlung unter Zuziehung von Beisitzern sich für Bewilligung der Rente „für die Witwe" aussprach. Gegen den darauf den Einspruch ablehnenden Endbescheid der Beklagten hat die Klägerin rechtzeitig Berufung eingelegt und wiederum beantragt, den Bescheid der Berufsgenossenschaft aufzuheben und ihre Entschädigungspflicht anzuerkennen. Auf die Begründung wird bezuggenommen.

Das Oberversicherungsamt hat die Witwe P. beigeladen und in der mündlichen Verhandlung gehört. Hierauf hat es dahin entschieden, daß der Bescheid aufgehoben und der Tod des P. als Unfallfolge anerkannt wird. — Gründe:

Zunächst mußte die Frage der Zuständigkeit geprüft werden. Würde es sich, wie nach dem Antrage der Berufungsschrift zunächst angenommen werden mußte, um einen Ersatzanspruch handeln, so würde gemäß §§ 1526, 1771, 1772 RVO. der Spruchausschuß des Versicherungsamts zu entscheiden haben. Da aber die Klägerin um Erteilung eines berufungsfähigen Bescheides ersucht und gegen diesen dann Berufung eingelegt hat, muß mit der Beklagten angenommen werden, daß sie gemäß § 1523 RVO. die Feststellung der Unfallrente betreiben wollte. Die Zuständigkeit des Oberversicherungsamtes war somit gegeben.

Was nun den Unfall anbetrifft, so sieht der Gerichtshof den von dem Verstorbenen geschilderten Hergang als erwiesen an. Der Verstorbene hat nicht nur seiner Frau, sondern auch einem Arbeitsgenossen noch am Unfalltage eine Schilderung des Vorfalles gegeben, auch dem behandelnden Arzt Dr. W. sind seine Angaben glaubhaft erschienen. Es fragt sich daher nur, ob der Tod des P. mit dem Unfall in irgendeinem ursächlichen Zusammenhange stand. Die beklagte Berufsgenossenschaft verneint dies und beruft sich dabei auf das Gutachten des Dr. W., welches einen solchen Zusammenhang zwar für durchaus möglich, aber nicht für ausreichend erachtet, da der Unfall an Bedeutung völlig zurücktrete gegenüber der weit vorgeschrittenen Lungenschwindsucht und nur als eine zufällige Begleiterscheinung in dem natürlichen Krankheitsverlauf zu betrachten sei. Anders lautet jedoch das Gutachten

des Prosektors am städtischen Krankenhause Dr. M., der die Leichenöffnung vorgenommen hat, wobei er als Todesursache feststellte: „doppelseitige vorgeschrittene Lungentuberkulose, kompliziert mit eitrigem Erguß in die rechte Brusthöhle und rechtsseitiger Thoraxfistel." Aus der durch den Unfall herbeigeführten stumpfen Gewalteinwirkung auf den Brustkorb gelangt nun Dr. M. unter sorgfältiger Abwägung aller Möglichkeiten zu dem Schluß, daß ein ursächlicher Zusammenhang des Unfalls mit dem Leiden, welches den Tod des Verletzten zur Folge hatte, im höchsten Grade wahrscheinlich ist. Der Gerichtshof trug keine Bedenken, sich dieser Auffassung anzuschließen.

Was sodann den Wortlaut der Urteilsformel anbelangt, so stand, wie bereits erwähnt, zweifellos fest, daß über einen Ersatzanspruch der Klägerin aus § 1522 RVO. das Oberversicherungsamt mangels Zuständigkeit nicht zu entscheiden hatte. Es konnte nur weiterhin die Frage entstehen, ob infolge der notwendigen Streitgenossenschaft der Klägerin und der hinterbliebenen Witwe in diesem Verfahren auf die von ersterer eingelegte Berufung der Witwe eine Rente zugesprochen werden konnte (vgl. Entsch. des Reichsversicherungsamts 2765 Amtl. Nachr. 1914 S. 800), oder ob die Feststellung der Rente lediglich im Umfange des Interesses der Klägerin, also nur in Höhe des Überweisungsanspruchs der letzteren, zu erfolgen hatte (vgl. Entsch. des Reichsversicherungsamts 2460 Amtl. Nachr. 1911 S. 390). Das Gericht hat diese Frage offengelassen und sich darauf beschränkt, den Tod des Verletzten als Unfallfolge anzuerkennen, um so mehr, als für die Bemessung der Höhe der Rente alle Unterlagen, insbesondere die Feststellung des Arbeitsverdienstes des Verstorbenen fehlten. Im übrigen war der gegen die Klägerin gerichtete Bescheid der Beklagten aufzuheben.

C. Zur Militärversorgung.

Selbstmord als Folge einer Dienstbeschädigung.

Ref. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 13. April 1920 (Entsch. 1 S. 66).

Der Anspruch auf die „Allgemeine Versorgung" (Witwen- und Waisengeld) setzt nach § 12 des MHG. voraus, daß der Ehemann bzw. Vater der Kläger infolge einer Dienstbeschädigung gestorben ist. Der Tod durch Selbstmord ist, ebenso wie der Tod aus anderen Ursachen, dann die Folge einer Dienstbeschädigung, wenn die zum Tode führende Gesundheitsstörung entweder infolge einer bestimmten dienstlichen Verrichtung oder durch einen Unfall während der Ausübung des Dienstes eingetreten oder durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse verursacht oder verschlimmert ist (zu vgl. § 3 Abs. 1 des MVG.). Nach ausdrücklicher Vorschrift des § 3 Abs. 2 des MVG. ist eine vorsätzlich herbeigeführte Gesundheitsstörung nicht als Dienstbeschädigung anzusehen. . . . Ist der Selbstmord jedoch im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit (Geisteskrankheit, Geistesgestörtheit) begangen, so liegt Dienstbeschädigung vor, wenn die sich in Unzurechnungsfähigkeit äußernde Gesundheitsstörung auf einen der drei im § 3 Abs. 1 des MVG. erwähnten Tatbestände zurückzuführen ist. Dann bildet der krankhafte Gemütszustand die als Dienstbeschädigung aufzufassende Gesundheitsstörung, als deren Folge die Selbstverletzung und der Tod erscheinen. Insoweit ist die Rechtslage übereinstimmend mit den Grundsätzen, die auf dem Gebiete der Unfallversicherung in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts entwickelt worden sind. Die Entschädigungsberechtigung der Hinterbliebenen eines versicherten Selbstmörders wird hier anerkannt, wenn der Selbstmord infolge geistiger Gestörtheit im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen und die Geistesstörung durch einen Betriebsunfall verursacht ist (zu vgl. Rekursentsch. 606 und 1161, Amtl. Nachr. 1888 S. 328 und 1892 S. 320, Handb. der Unfallvers. Bd. 1 Anm. 6 zu § 8 des GewUnfVersGes. S. 253, Moesle-Rabeling, Kommentar, 3. Aufl. Anm. 3 zu § 556 RVO.). Über die Grundsätze hinausgehend hat aber der Senat eine zur Versorgung berechtigende Dienstbeschädigung auch für den Fall angenommen, daß die Tat zwar nicht im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen worden ist, sich aber infolge der dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse bei einer Person des Soldatenstandes ein derartiger krankhafter Gemütszustand entwickelt hat, daß hierdurch die natürlichen Hemmungsvorstellungen gegen die Selbsttötung zurückgedrängt wurden. Auch in diesem Falle ist der durch krankhafte Vorstellungen beeinflußte Gemütszustand die als Dienstbeschädigung anzusehende Gesundheitsstörung und der Tod ihre zwangsmäßige Folge. . . .

Folge einer Operation als Kriegsdienstbeschädigung?

Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 4. Mai 1920 (Entsch. 1 S. 87).

Das Rekursgericht hat im Gegensatz zu dem Militärversorgungsgericht nicht anerkennen können, daß die als Folge der Operation angesehene Dienstbeschädigung, für die dem Kläger die Teilrente von

40 v. H. von der Militärverwaltungsbehörde zugebilligt worden ist, durch den Krieg im Sinne des § 14 des MVG. herbeigeführt, d. h. auf besondere, nur dem Kriege eigentümliche Verhältnisse zurückzuführen ist. Der von dem Militärversorgungsgericht zur Begründung des Vorliegens einer Kriegsdienstbeschädigung angeführte Umstand, daß die Operation lediglich im Kriege und zu dem ausgesprochenen Zwecke, den Kläger militärisch verwendungsfähiger zu machen, erfolgt sei, kann als ausschlaggebend nicht angesehen werden, da die Operation zum Zwecke der Besserung eines nicht durch den Kriegsdienst herbeigeführten Schadens vorgenommen worden ist und lediglich zeitlich in die Kriegsdauer fiel. Bezüglich der Verpflichtung der im Heeresdienst befindlichen Mannschaften, deren Dienstbrauchbarkeit durch eine Erkrankung beeinträchtigt ist, den die Wiederherstellung der Dienstfähigkeit bezweckenden Befehlen eines Sanitätsoffiziers Folge zu leisten, sofern es sich nicht um die Vornahme einer erheblichen chirurgischen Operation handelt, sind keine Unterschiede nach Krieg oder Frieden zu machen. Auch im Frieden wird mit einer derartigen Operation der Zweck verfolgt, den Beschädigten wieder gesund zu machen und seine Dienstfähigkeit nach Möglichkeit wiederherzustellen. Besondere, nur dem Kriege eigentümliche Verhältnisse liegen daher nicht vor, wenn während des Heeresdienstes im Kriege Operationen zur Wiederherstellung der Gesundheit und Dienstbrauchbarkeit angeordnet werden. Bei der an dem Kläger vorgenommenen Operation handelte es sich um einen nur in örtlicher Betäubung vorgenommenen Eingriff, der als eine erhebliche chirurgische Operation nicht anzusehen ist. Der Kläger hätte sich ihr auch im Frieden unterziehen müssen. Das Rekursgericht hat sich bei der Beurteilung der Frage dem in der Rekursbegründung angeführten Gutachten der Medizinalabteilung des preußischen Kriegsministeriums vom 6. Dezember 1915 Nr. 9197. 8. 15 M. A. angeschlossen. Dem Rekurse des Beklagten war daher stattzugeben und das angefochtene Urteil aufzuheben, soweit es die Kriegszulage zuerkannt hat.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Folgen des Vertragsbruchs eines Ärztevereins. — Feststellungsklage.

Urteil des **Landgerichts** II **in Berlin** (1. Ferien-Zivilk.) v. 19. August 1920 (15 O. 372/20).

Durch Vertrag vom 20. 3. 1919 hat die klagende Landkrankenkasse der beklagten kassenärztlichen Vertragsgemeinschaft (E. V.) die ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder übertragen. Am 19. 4. 20 richtete der Vorstand der Beklagten an die Klägerin ein Schreiben, in dem er die kassenärztlichen Verträge nach § 626 BGB. für hinfällig erklärte, und zwar wegen Erhöhung der Versicherungsgrenze, der Beseitigung der früher maßgebend gewesenen Grenze der Grundlöhne, sowie der eingetretenen Geldentwertung und zugleich mit der Aufforderung, binnen zehn Tagen zu erklären, ob die Krankenkasse bereit sei, über den Abschluß neuer Verträge in Verhandlungen zu treten. Durch Schreiben vom 20. 5. 20 hat dann die Beklagte den Vertrag zum 25. 5. mittags 12 Uhr gekündigt. Die Kasse hat darauf Klage erhoben mit dem Antrage: festzustellen, 1. daß die fristlose Kündigung des Vertrages vom 20. März 1919 seitens der Beklagten unrechtmäßig erfolgt ist; 2. daß die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin den hieraus erwachsenen und noch erwachsenden Schaden zu ersetzen. Die Beklagte hat Abweisung der Klage beantragt.

Das Landgericht hat nach dem Klageantrage zu 1 erkannt, den Antrag zu 2 aber abgewiesen. — Aus den Gründen:

... Die Beklagte wäre gemäß § 17 berechtigt gewesen, den Vertrag am 1. 7. 1919 zum 31. Dezember 1920 zu kündigen. Wenn sie dies nicht getan hat, auch keine anderen Kündigungsbedingungen beantragt hat, obwohl damals bereits eine erhebliche Preissteigerung eingetreten war, war sie nunmehr bis zum 31. 12. 20 gebunden. Die von ihr jetzt geltend gemachten Aufhebungsgründe greifen nicht durch.

Die Heraufsetzung des Personenkreises auf Einkommen bis zu 15 000 ℳ jährlich, kommt als Kündigungsgrund im vorliegenden Falle nicht in Frage, da die Kassenmitglieder aus weiblichen Hausangestellten bestehen, die nach § 165 Ziff. 1 RVO. ohne Rücksicht auf ihr Einkommen versicherungspflichtig sind. Es kann ferner dahingestellt bleiben, inwieweit sich die Finanzlage der Klägerin, die nach ihrem Rechnungsabschluß für 1919 mit einem sehr erheblichen Fehlbetrag gearbeitet hatte, inzwischen durch die Erhöhung der Kassenbeiträge, die zum großen Teil auf höherer Bewertung der Naturalbezüge der Angestellten beruht, trotz der erhöhten Ausgaben für Kurkosten, Arzneimittel und Verbandstoffe sich gebessert hat. Jedenfalls ist die Beklagte nicht berechtigt, aus diesem Grunde von dem seit über ein Jahr bestehenden Vertrage fristlos zurückzutreten, während gleichzeitig die anderen kassenärztlichen Vertragsgemeinschaften in Deutschland durchweg zu einer der Billigkeit entsprechenden anderweiten Festsetzung auch der ärztlichen Honorare gelangten. Hiernach ist der zu 1 erhobene negative Feststellungsanspruch begründet.

Anderseits aber erscheint auch der Schadenersatzanspruch der Klägerin unbegründet, weil er in keiner Weise substantiiert ist. Wenn sie vom Oberversicherungsamt ermächtigt ist, ihren Versicherten in Krankheitsfällen täglich 3,65 ℳ an Stelle der ärztlichen Behandlung und Arznei zu zahlen, so erfolgen diese Zahlungen während der Dauer der Erkrankung täg-

lich, nicht nur an den Tagen der ärztlichen Behandlung. In vielen Fällen wird daher das Krankengeld*) den Betrag übersteigen, den die Mitglieder als Privatpatienten zu zahlen haben. Aber auch in den Fällen, in denen das Krankengeld, insbesondere bei häufigen Besuchen hinter den von den Mitgliedern als Privatpatienten zu zahlenden Beträgen zurückbleibt, ist die Klägerin ihren Mitgliedern nicht schadenersatzpflichtig, wenn sie gemäß der Festsetzung des Oberversicherungsamts statt der ärztlichen Behandlung Barleistung gewährt. Ein Schadenersatzanspruch kann daher auch mit dieser Begründung von der Klägerin nicht geltend gemacht werden.

Es kann aber dahingestellt bleiben, ob in derartigen Fällen die Mitglieder die von ihnen als Privatpatienten gemachten Mehraufwendungen von der Beklagten oder von den einzelnen Kassenärzten zu fordern berechtigt sind, und ob sie überhaupt einen Schadenersatzanspruch geltend machen können, den sie der Klägerin abtreten könnten. Denn soweit derartige Abtretungen von Forderungen an die Beklagte erfolgt sind, ist die Klägerin in der Lage, diese auch ziffernmäßig geltend zu machen, so daß insoweit ein Bedürfnis für eine Feststellungsklage nicht besteht.

Mit dem Klageantrage zu 2 war die Klägerin daher abzuweisen.

Anmerkung: Es ist zu beachten, daß der Antrag zu 2 nur deshalb abgewiesen worden ist, weil die Voraussetzung für eine bloße Feststellungsklage in diesem Punkte nicht für gegeben erachtet und übrigens auch nicht für erwiesen erachtet worden ist, ob der Kasse überhaupt ein Schade entstanden ist. Daß der Kasse, falls dies der Fall wäre, ein Anspruch auf Ersatz zustehen würde, ist durch das Urteil keineswegs verneint und konnte auch nicht verneint werden, nachdem der Vertragsbruch der Ärzte durch die Feststellung unter 1 feststeht.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Beratungsstellen für Unfallverletzte in Groß-Berlin.

Auf Veranlassung der Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen für Groß-Berlin und Provinz Brandenburg (Geschäftsstelle Berlin N 4, Gartenstr. 16/17, II) ist dem Ambulatorium der Nordöstlichen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft, Sektion I, Berlin N 24, Johannisstraße 20/21, sowie den nachfolgenden Verbandsstätten vom Roten Kreuz (E. V.): Berlin N, Schönhauser Allee 172, Berlin O, Frankfurter Allee 320/21, Berlin SO, Mariannen-Ufer 2, Berlin NO, Neue Königstraße 41, Berlin N, Müllerstraße 10, Berlin-Wilmersdorf, Bregenzer Straße 9, eine Beratungsstelle für Unfallverletzte angegliedert worden, in denen die Unfallverletzten unentgeltliche Auskunft über wirtschaftliche Fragen im Zusammenhang mit dem Unfall erhalten können.

Rechtsfolgen des Vertragsbruchs der Ärzte.

Das Landgericht Elberfeld hat der Klage der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Remscheid entsprochen und 38 Ärzte, die sich im Mai d. J. dem Ärztestreik angeschlossen hatten, während sie mit der Krankenkasse in einem Vertragsverhältnis standen, zu Schadenersatz verurteilt. Es hat die fristlose Kündigung des Vertrags für rechtsunwirksam erklärt. Aus den Entscheidungsgründen haben folgende Ausführungen allgemeines Interesse. Nach § 626 BGB. könnten Dienstverträge ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn ein „wichtiger" Grund vorliege. Grundsätzlich gelte, daß ein solcher bestehe, wenn Umstände vorhanden seien, unter denen den vom Vertrage Zurücktretenden die Fortsetzung des Verhältnisses nach billigem Ermessen nicht zugemutet werden könne. Einer Prüfung nach diesem Gesichtspunkt hielten aber die von den Ärzten vorgebrachten Gründe nicht stand, weder die Erhöhung des Grundlohnes von 10 auf 30 ℳ, noch die Erweiterung der Versicherungspflicht von 5000 auf 15 000 ℳ. Die Erhöhung des Grundlohnes habe zwar die Einnahmen der Kasse vermehrt; für die Ärzte indessen habe diese weder eine Vermehrung ihrer Arbeitsleistung noch eine Verringerung ihrer Einnahmen zur Folge. Durch die Erhöhung der Versicherungspflicht sei die Zahl der Versicherten nur unwesentlich erweitert worden. Den Einwand, daß die Krankenkassen durch diese Erhöhung der Versicherungsgrenze aufgehört haben, ein soziales Hilfswerk zu sein, demgegenüber den Ärzten ihre Mitarbeit zu besonders billigen Arbeitssätzen nicht mehr zugemutet werden kann, erkennt das Gericht nicht an. Zudem sehe ja auch der streitige Vertrag eine Erhöhung des Honorars auf dem Wege der Verhandlung vor. Wenn die Ärzte behaupteten, die Kassen seien infolge der Erhöhung des Grundlohnes nicht mehr bedürftig, so hätte diese Behauptung nur auf Grund einer eingehenden Darlegung der gesamten wirtschaftlichen Verhältnisse der Kasse nachgeprüft werden können. Von einer solchen Prüfung sei abgesehen worden in der Erwägung, daß infolge der ungünstigen wirtschaftlichen Lage mit den Einnahmen auch die Ausgaben der Kasse in dem Maße gewachsen seien, daß sie auch jetzt nicht in der Lage sei, die Tätigkeit der Ärzte nach dem reinen Wert ihrer Leistungen zu bezahlen. Somit sei in der Grundlage des Vertrages nicht eine so weit gehende Änderung eingetreten, daß mit ihr eine sofortige Kündigung des Vertrages gerechtfertigt werden könne. Die beklagten Ärzte erhoben nunmehr den Einwand, daß der Rechtsstreit bereits durch Vergleich erledigt sei, nämlich durch das Abkommen zwischen dem Leipziger Verband der Ärzte als Vertreter auch des Remscheider Ärztevereins und der Kassenorganisation, die auch Bevollmächtigte der Remscheider Allgemeinen Ortskrankenkasse gewesen sei. In einem Zwischenurteil hat das Landgericht auch diese Einrede als unbegründet zurückgewiesen; die Berliner Einigungsverhandlungen seien ihrem Wortlaut und Inhalt nach nur ein Versuch der Regelung des Streites. Eine bindende Abmachung sei

*) Soll heißen: der Ersatz für ärztliche Behandlung und Heilmittel.

nicht getroffen worden. Die Einigungsverhandlungen zögen daher für die Klägerin nicht die Verpflichtung nach sich, die anhängige Klage zurückzuziehen.

Zur Einigung zwischen Ärzten und Krankenkassen.

Nach einer Mitteilung in der Krankenkassen-Zeitung (S. 114) sind zwischen dem Münchener Verein für freie Arztwahl und der Allgem. OKK. München (Stadt) in Auslegung des in Berlin aus Anlaß der Beilegung des vertragslosen Zustandes am 2. und 21. Juni 1920 (ArbVers. Heft 19 S. 375, 377 und Heft 21 S. 414) gefällten Schiedsspruches Meinungsverschiedenheiten darüber entstanden, ob auch nach diesem Schiedsspruch die Bezahlung der ärztlichen Hilfeleistungen in Form eines Pauschsatzes grundsätzlich oder nur dann zulässig sei, wenn zwischen beiden Vertragsteilen hierüber Einverständnis bestehe. Im Einverständnis beider Vertragsteile wurde diese Frage zur Entscheidung einem Schiedsamt unterbreitet, das am 2. August 1920 unter dem Vorsitz des Regierungsdirektors Weidner vom Oberversicherungsamt München und des Regierungsrats im Ministerium für Soziale Fürsorge Dr. Eichelsbacher, sowie des städtischen Versicherungsamtmannes Dr. Jaeger zusammentrat und folgenden Schiedsspruch fällte: „Auf Grund des Wortlautes und der Entstehungsgeschichte des Schiedsspruches in Berlin vom 2. Juni 1920 und 21. Juni 1920 ist das Schiedsamt zu der Überzeugung gekommen, daß die Abgeltung der kassenhilflichen Leistungen der Ärzte durch Pauschsatz von der beiderseitigen Übereinstimmung der Vertragsteile nicht abhängig sein soll. Demnach ist Aufgabe der örtlichen Vereinbarung im Sinne der Ziff. I des Schiedsspruches vom 2. Juni 1920 in der Fassung vom 21. Juni 1920 lediglich die Festsetzung der Pauschalabgeltung und ihrer Einzelformen."

Das Reichsversorgungsgesetz

(ArbVers. 1920 Heft 17 S. 333) hat, obwohl es im Vergleich mit dem früheren Recht wesentliche Verbesserungen enthält, die Beteiligten doch nicht durchweg befriedigt. Der Reichsbund der Kriegsbeschädigten, der fast 800 000 Mitglieder zählt, betreibt die Beseitigung der Mängel und fordert eine Mitwirkung beim Erlasse der Ausführungsbestimmungen. Hierüber entnehmen wir dem „Berl. Tagebl." v. 17. 8. 20 folgendes:

Der zweite Bundestag des Reichsbundes, der Mitte Mai in Würzburg stattgefunden hat, nahm zu dem Versorgungsgesetz in einer einstimmig gefaßten Resolution Stellung. Sie erhebt dagegen Einspruch, daß nach § 63 und 64 des Gesetzes das Ruhen der Versorgungsgebührnisse schon bei einem steuerpflichtigen Jahreseinkommen von mehr als 5000 ℳ in Höhe von einem Zehntel beginnt. Diese Grenze müssen die Versorgungsberechtigten als entschieden zu niedrig bemessen bezeichnen. Sie bedeutet in vielen Fällen sogar eine Verschlechterung gegenüber dem bisherigen Rechtszustand. Man bedenke, daß bei Anwendung der Kürzungsbestimmungen ein 100 % erwerbsunfähiger, verheirateter Beschädigter mit zwei Kindern, der infolge außerordentlicher Willenskraft und Fähigkeiten noch ein steuerpflichtiges Jahreseinkommen von 5000 ℳ erreicht, mit Arbeitseinkommen und gekürzten Rentenbezügen zusammen nicht einmal das Existenzminimum erreicht. Aber nicht nur aus diesem Grunde, sondern auch deshalb, weil die Kürzungsbestimmungen außerordentlich nachteilig auf die Arbeitsfreudigkeit der Beschädigten wirken müssen, ist eine erhebliche Heraufsetzung der Einkommensgrenze notwendig. Dringend notwendig ist es aber auch, zu prüfen, ob bei Heraufsetzung der Einkommensgrenze die Bestimmungen der §§ 63 und 64 überhaupt aufrechterhalten werden können. Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß bei Festsetzung einer neuen Einkommensgrenze, die den wirtschaftlichen Verhältnissen gerecht wird, zur Durchführung der Kürzungsbestimmungen an Verwaltungskosten viel mehr Ausgaben erforderlich sind, als durch die Kürzung der Versorgungsgebührnisse gespart werden kann. Deshalb geht allgemein das Verlangen der Versorgungsberechtigten dahin, die Bestimmungen hinsichtlich des Ruhens der Rente so lange aufzuheben, als sich die gegenwärtigen wirtschaftlichen Verhältnisse nicht gebessert haben. Es kommt noch das Bedenken der Beschädigten hinzu, daß für die Ruhensbestimmungen die Veranlagung zur Einkommensteuer in Betracht kommt. Dadurch ist künftighin bei Nachuntersuchungen ohne weiteres aus jedem Rentenakt ersichtlich, welches Einkommen aus Arbeit dem Beschädigten zufließt. Obwohl im Reichsversorgungsgesetz vorgesehen ist, daß bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit die Verdienstverhältnisse keinen Maßstab bilden sollen, ist auf Grund der Erfahrung der Rechtsprechung in der Sozialversicherung das grundsätzliche Bedenken der Versorgungsberechtigten gerechtfertigt, daß die Einkommensverhältnisse zu einem unsozialen Maßstab bei der Rentenfestsetzung werden. Die Beschädigten haben ein Recht, auch dann eine entsprechende Rente zu erhalten, wenn sie trotz einer Beschädigung durch Aufwand von außerordentlicher Energie in den Einkommensverhältnissen hinter anderen Erwerbstätigen nicht zurückstehen. Dagegen spricht aber auch der § 25 Abs. 3 in seiner jetzigen Fassung.

Große Beunruhigung hat die Schaffung einer sogenannten Ausgleichszulage hervorgerufen. Über das Prinzip, ob die sozialen Verhältnisse, in denen die Versorgungsberechtigten vor dem Kriege gelebt haben, Berücksichtigung finden müssen, braucht man sich so lange nicht zu unterhalten, als nicht für alle diejenigen, die der untersten sozialen Schicht angehören, und für die nach dem Reichsversicherungsgesetz eine soziale Ausgleichszulage nicht gewährt wird, an Rentenbezügen so viel gegeben werden kann, daß damit das Existenzminimum erreicht wird. Es muß darauf hingewiesen werden, daß die Bezüge der vollständig Erwerbsunfähigen noch hinter den Gehaltssätzen erheblich zurückstehen, die in der Gruppe I des Besoldungsgesetzes vom 30. April 1920 vorgesehen und unter anderem für die Soldaten der Reichswehr maßgebend sind. Der Unterschied beträgt in der Ortsklasse A über 2000 ℳ zuungunsten der Kriegsbeschädigten. Der Umstand, daß die Versorgungsgebührnisse der Hinterbliebenen prozentual nach der Vollrente der Beschädigten bemessen werden, spricht außerdem noch gegen die Gewährung der Ausgleichszulage. Die Hinterbliebenen eines gemeinen Soldaten, die infolge ihrer sozialen Stellung einen Anspruch auf einfache oder doppelte Ausgleichszulage nicht erheben können, werden es nicht verstehen, daß z. B. die Witwe eines Bergwerksdirektors oder eines Offiziers 50 % mehr Rente erhält, während ihnen nicht einmal das Existenzminimum gewährt wird.

Auch verstößt § 30 des Gesetzes gegen Artikel 121 der Reichsverfassung, der vorsieht, daß den unehelichen Kindern durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre Entwicklung zu

schaffen sind wie den ehelichen Kindern, während das Reichsversorgungsgesetz bestimmt, daß ein Beschädigter für uneheliche Kinder nur dann Kinderzulage erhält, wenn sie vor Anerkennung der Folgen der Dienstbeschädigung erzeugt worden sind. Andere nachteilige Bestimmungen, wie die über die Kapitalabfindung für Beschädigte, die Ansprüche der Kriegsgefangenen, die Ansprüche der Hinterbliebenen auf Heilbehandlung und Berufsausbildung, die Gewährung einer Rente bei schwerer Beschädigung ohne gleichzeitige Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit, konnten nicht die Zustimmung der Versorgungsberechtigten und deren Organisation finden. Dadurch, daß die Ausführungsbestimmungen zu den §§ 7, 25 Abs. 3, und 28, die der Reichsrat unter Zustimmung eines Ausschusses des Reichstages zu erlassen hat, den Organisationen der Kriegsbeschädigten nicht rechtzeitig vor Beratung im Reichsausschuß für Kriegsbeschädigtenfürsorge vorgelegt worden sind und dann ohne Mitwirkung der Organisationen an den Reichsrat und Reichstag gegangen sind, ist unter den Kriegsbeschädigten eine offene Verbitterung hervorgerufen worden. Die Organisationen gaben sich der Hoffnung hin, daß durch ihre Mitwirkung bei Erlaß der Ausführungsbestimmungen noch manche Härte gemildert werden könnte.

Aus der Praxis der Angestelltenversicherung.

Der Bericht des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte für 1919 ist zwar äußerlich etwa von gleichem Umfange wie in den Vorjahren, weist aber doch manche Lücke auf. So werden vor allem vermißt Angaben über die Zahl der Versicherten und sonstige statistische Mitteilungen aus der Praxis der Versicherung. Es scheint, daß es der Reichsversicherungsanstalt nicht mehr möglich sein wird, derartige eingehende Erhebungen durchzuführen. Das wäre zu bedauern, da die Ergebnisse jener Berechnungen immer sehr lehrreich waren für die Erkenntnis der wirtschaftlichen Lage des Standes der Privatangestellten.

Die Organe der Reichsversicherungsanstalt hatten viel Arbeit zu bewältigen. Das Direktorium hielt regelmäßig alle 14 Tage umfangreiche Sitzungen ab. Der Verwaltungsrat hielt vier Gesamtsitzungen ab. Der amtliche Verkehr mit den Ortsausschüssen der Vertrauensmänner erlitt keine nennenswerten Unterbrechungen und Störungen. Aus den eingesandten Sitzungsberichten ergab sich, daß die Vertrauensmänner wieder gern die ihnen zugedachten Aufgaben erledigten. In den großen Städten zeigte sich eine immer größere Zunahme der Geschäfte. Neugründungen von Ortsausschüssen fanden nur wenige statt. Bei der Reichsversicherungsanstalt waren Ende 1919 außer den Mitgliedern des Direktoriums 44 planmäßige höhere Beamte, 45 kommissarische Hilfsarbeiter, darunter 5 ärztliche Referenten und 3 beratende Ärzte. Die auftauchenden schwierigen Fragen auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung haben die von den Beamten zu bewältigende Arbeitslast gegenüber früheren Jahren ganz erheblich gesteigert. Die Anzahl der mittleren und Unterbeamten bei der Reichsversicherungsanstalt und dem Rentenausschuß betrug Ende 1919 zusammen 3061, und zwar 1681 männliche und 1380 weibliche. Außerdem wurden noch 218 weibliche unständige Hilfsbeamte beschäftigt. Im Geschäftsbetrieb mußten einige neue Abteilungen gegründet werden. Die immer dringlicher werdende Frage der Errichtung eines eigenen Dienstgebäudes konnte auch im Jahre 1919 wegen der Schwierigkeit der Bauausführung nicht gelöst werden. Da eine Verlegung des Sitzes der Anstalt erörtert wurde, sind mit 17 geeignet erscheinenden Städten Verhandlungen eingeleitet worden. Von Dresden, Nürnberg und Stuttgart wurden Bauplätze angeboten. Um die große Raumnot einigermaßen abzustellen, wurden Notbauten ausgeführt. Die einstöckigen Lehmstampfhäuser bedecken eine Fläche von 5000 Quadratmetern und bieten Arbeitszimmer für 750 Beamte. Schriftliche Eingänge wurden 2 729 966 gezählt, dazu kommen noch 784 036 Übersichten und Veränderungsanzeigen, 570 095 Aufnahmekarten sowie 771 544 Geschäftssachen. Abgesandt wurden 554 709 Vordruckschreiben an die Arbeitgeber und Versicherten, außerdem gingen 160 909 besondere Schreiben hinaus. Daneben kamen noch 550 419 Schreiben anderer Art zur Absendung.

Hinsichtlich der Versicherungspflicht waren noch viele Streitfragen zu klären. Sie bezogen sich z. B. auf die Versicherungsfreiheit vorübergehender Kriegsbeschäftigung, den Begriff „gehobene Angestellte" usw. Im Jahre 1919 wurden von männlichen Versicherten 457 und von weiblichen 31 Anträge auf Abkürzung der Wartezeit gestellt. Zur Erledigung kamen bis zum Schluß des Jahres 458 Anträge. Die eingezahlten Prämienreserven (Nachzahlungen) belaufen sich auf 135 253 *M*. Befreiungen von der Versicherungspflicht nach § 397 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wurden 41 eingereicht. Befreiungen nach den §§ 9 bis 14 des Gesetzes wurden 14 306 beantragt. In der Frage der Befreiung der Angestellten von der eigenen Beitragsleistung auf Grund von Versicherungsverträgen und des Fortfalls von solchen Befreiungen wurden 35 910 Eingänge verzeichnet. Überhaupt ist die Zahl der Angelegenheiten aus § 393 in dauerndem Wachsen begriffen. Am Schlusse des Jahres 1919 war ein Bestand von 1011 Abtretungen mit einer abgetretenen (Lebens-) Versicherungssumme von 1 680 662 *M* und einem überweisungsfähigen Jahresbeitrag von 59 354 *M* zu verzeichnen.

Im Jahre 1919 wurden 570 095 Aufnahmekarten eingesandt, davon 256 676 Nr. 2 und folgende. Es wurden an 3271 Ausgabestellen 16 066 *M* Gebühren und 5800 *M* Postgebühren ausgezahlt. Von den eingegangenen Aufnahmekarten Nr. 1 waren 193 756 für männliche und 119 663 für weibliche Versicherte. Der Anteil des weiblichen Geschlechts am Neuzugang ist von 68,7 v. H. im ersten Vierteljahr 1918 auf 39,6 v. H. im vierten Vierteljahr 1919 zurückgegangen. Unter Zugrundelegung der Angaben auf den Aufnahmekarten wurden folgende Durchschnittsgehälter berechnet: bei den in die Versicherung neueintretenden männlichen Personen (Aufnahmekarten Nr. 1) 3012 *M*, bei den übrigen (Aufnahmekarten 2 ff.) 3507 *M*, bei den weiblichen Angestellten 1584 und 2068 *M*. Das Gehalt für weibliche Personen beträgt somit nach den Aufnahmekarten Nr. 1 durchschnittlich 52,6 v. H., im übrigen 59,0 v. H. des Durchschnittsgehalts der männlichen Personen. Von den 1919 neu in die Versicherung eingetretenen Personen sind in den Jahren 1903 bis 1898 geboren 70 960 (33 v. H.) der männlichen und 86 038 (61,7 v. H.) der weiblichen Personen. Stellenwechsel wurde 861 797 mal gemeldet.

Beitragszahlungen wurden in 2 159 248 Sendungen im Betrage von 290,7 Mill. M. geleistet. Beitragsrückzahlungen für Kriegsteilnehmer nach § 4 der Bundesratsverordnung vom 26. 8. 1915 erfolgten an 6780 Arbeitgeber für 17 031 Versicherte mit 2½ Millionen Mark. „Irrtümlich" geleistete Beiträge wurden in 22 417 Fällen mit 2,7 Millionen Mark

zurückgezahlt. Die Nachfrage nach Marken war im Berichtsjahr unbedeutend. Im Jahre 1920 soll sämtlichen Versicherten ein Kontoauszug zugestellt werden. Im Berichtsjahr gingen von privaten Pensionskassen und Knappschaftsvereinen zusammen 20 844 Austrittsbescheinigungen und 109 875 Kontenmeldungen ein.

Die Gewährung der gesetzlichen Leistungen nimmt weiter zu. Die Zahl der bewilligten Anträge auf Ruhegeld ist gegen das Vorjahr fast um das Dreifache gestiegen. Ende 1919 liefen folgende Renten: 563 Ruhegelder infolge Berufsunfähigkeit, 81 Krankenruhegelder, 7320 Hinterbliebenenrenten und 662 Leibrenten. Zusammen wurde dafür noch nicht einmal eine Million Mark ausgegeben. In Heilverfahrenssachen gingen 352 588 Eingänge ein, darunter 43 040 Anträge auf Heilverfahren. Gegen das Vorjahr ist das eine Vermehrung der Anträge um 35 v. H. Genehmigt wurden 26 275 Anträge, und zwar 6994 Zahnheilverfahren, 18 841 ständige Heilverfahren und 440 größere Heilmittel. Von den ständigen Heilverfahren wurden durchgeführt 5314 in Lungenheilstätten, 4542 in Sanatorien, 7290 in Bädern usw. Die Gesamtunkosten der im Jahre 1919 bewilligten Heilverfahren belaufen sich auf 19¾ Millionen Mark. Davon entfallen auf die ständigen Heilverfahren 95 v. H. Die Kosten des einzelnen Falles belaufen sich im Durchschnitt auf 860 ℳ.

Beim Rentenausschuß in Berlin waren Ende des Berichtsjahres rund 250 Beamte beschäftigt. Der Ausschuß hatte 434 556 Eingänge und 460 465 Ausgänge zu verzeichnen. Unter den Eingängen befanden sich 5009 neu anhängig gemachte Streitsachen. In 35 844 Fällen wurde die Festsetzung von Leistungen beantragt. In der Auskunftsstelle des Rentenausschusses wurden 21 516 Personen mündlich beschieden. Im Laufe des Jahres haben 18 Sitzungen unter Zuziehung von Beisitzern stattgefunden. Das Schiedsgericht hatte 1827 Sachen zu erledigen. Es hielt 24 Sitzungen ab. In jeder derselben wurden durchschnittlich 43 Sachen erledigt. Seine Kosten beliefen sich auf 28 356 ℳ. Das Oberschiedsgericht hielt 31 Sitzungen ab. Es gingen 219 neue Streitsachen ein. Die Kosten des Oberschiedsgerichts beliefen sich auf 48 716 ℳ. Es waren mehr als früher mündliche Verhandlungen nach Ladung der Parteien nötig.

Über die Vermögensverwaltung wird mitgeteilt, daß die „Umsätze“ ganz gewaltig gestiegen sind. Die Einnahmen betrugen nicht weniger als 1274 Millionen Mark, gegen nur 466 Millionen Mark im Jahre 1918. Besonders große Summen gingen durch das Postscheckamt ein. Durch sonstige „Übertragungen“ flossen dem Postamt 797 Millionen Mark zu. Nachdem die Gelder auf die gezeichneten Kriegsanleihen eingezahlt sind, ist auch das bei Kriegsausbruch eingestellte Darlehnsgeschäft wieder aufgenommen worden. Es gliedert sich in vier Hauptgruppen: Darlehen an das Reich und die Bundesstaaten, Kommunaldarlehen, Hypothekendarlehen, gemeinnützige Darlehen. Für Kommunaldarlehen sind bis 31. Dezember 1919 insgesamt 215 Millionen Mark ausgezahlt worden. Hypotheken wurden in 79 Fällen mit 13 Millionen Mark bewilligt. Insgesamt sind bis Ende des Berichtsjahres 81½ Millionen Mark an Hypotheken ausgezahlt worden. Die Anlagen für Wohlfahrtszwecke sind weiter ausgestaltet worden. Bis zum Schlusse des Berichtsjahres waren für Heilstätten und zur Förderung des Wohnungswesens 20 Millionen Mark ausgezahlt. Während des Berichtsjahres hat sich die Zahl der zur Förderung des Wohnungswesens ausgegebenen Darlehen etwa verdoppelt. Der von der Reichsversicherungsanstalt mitbegründeten Gemeinnützigen Aktiengesellschaft für Angestellten-Heimstätten bereiteten im Berichtsjahr neben unvermeidlichen Anfangsschwierigkeiten die allgemein als überaus schwierig bekannten Verhältnisse auf dem Baumarkt mannigfache Hindernisse. Trotzdem wurden in einer Anzahl von Orten Tochtergesellschaften neugegründet. Die Grundzüge der Tätigkeit der Gesellschaft sind im wesentlichen dieselben geblieben. Neben Finanzierung und Überwachung der örtlichen Tochtergesellschaften wirkt sie als Bauberatungsstelle und zentrale Materialbeschaffungsstelle. Der Zinsertrag der Anlagen schwankt zwischen 1,8 v. H. (Bankguthaben) bis 5,3 v. H. (Wertpapiere).

Die Gewinn- und Verlustrechnung sieht vor an laufenden Beitragseinnahmen 285½ Millionen Mark, an einmaligen Beiträgen bei Abkürzung der Wartezeit (§ 395 Versicherungsgesetz für Angestellte) 127 919 ℳ, an Zinseinnahmen 54¾ Millionen Mark, Anerkennungsgebühren (§ 15) 60 ℳ (!), Straffestsetzungen 40 645 ℳ, Kapitalanfall aus erloschenen, abgetretenen Versicherungen (§ 392) 39 066 ℳ usw. Die Ausgaben sehen u. a. vor: Ruhegelder und Renten 930 952 ℳ, Heilverfahren 17½ Millionen, Beitrags- und Kapitalerstattungen 5 Millionen, Verwaltung rund 92 Millionen, Kursverluste 86 Millionen Mark usw. Die Bilanz sieht sowohl in Abteilung „Mittel“ als auch „Verpflichtungen“ die Summe von 1098 Millionen Mark vor.

Der Bericht enthält schließlich noch reichliche statistische Angaben über die eingesandten Aufnahmekarten, die angelegten Versicherungskonten usw. Man sieht, daß der Bericht trotz seiner Beschränkung noch sehr lehrreich ist.

Über „Alkoholmißbrauch und Irrsinn“

veröffentlicht die Bayerische Staatszeitung (Nr. 173) einen sehr bemerkenswerten, auf die Feststellungen des Bayerischen Statistischen Landesamts zurückgehenden Artikel. Die Kriegsjahre brachten, von außen her, eine starke stufenweise Abnahme des Bierverbrauchs (1914 207, 1918 139 Liter auf Kopf und Jahr) in Verbindung mit einem gleichzeitigen beträchtlichen Schwächerwerden des Bieres (durch schrittweise Herabsetzung des Stammwürzegehalts). Das letztere berücksichtigt, stehen wir für Bayern, in Verhältniszahlen ausgedrückt, vor einem Rückgang des Kopfverbrauchs von 1914 bis 1918 auf ⅕. Gleichzeitig fiel der jährliche Zugang an Geisteskranken von 8738 auf 6887, der an Geisteskranken mit nachgewiesenem Alkoholmißbrauch von 1202 auf 240, oder von 17,2 auf 3,4 v. H. der Geisteskranken überhaupt. Der Aufsatz sagt bezüglich der nebeneinander gestellten Zahlenreihen einesteils des Bierverbrauchs, andernteils betreffend die Geisteskranken von 1906 bis 1918: „Sie ergeben im Grunde gleichverlaufende Linienzüge, vor allem ein einheitliches schroffes Abfallen der Linien seit 1914. Daraus ergibt sich der Schluß, daß der Rückgang des Bierkonsums eine Abnahme der seelischen Erkrankungen zur Folge hatte . . . Der Zusammenhang mit dem Rückgang des Alkoholkonsums ist augenscheinlich.“

Begünstigung von Seuchen durch Putsche und Unruhen.

Das Amtsblatt des preuß. Ministeriums für Volkswohlfahrt enthält hierüber folgendes: Wie unheilvoll Putsche und Unruhen den Gesundheitszustand

unserer Bevölkerung beeinflussen, hat sich besonders deutlich in den oberschlesischen und rheinisch-westfälischen Industriebezirken gezeigt. Während die ganze Kriegszeit hindurch Oberschlesien unter Seuchen fast gar nicht zu leiden gehabt hat, haben dort bei der zum Teil nur mangelhaft geimpften und hygienisch noch recht rückständigen polnischen Bevölkerung unter dem Einfluß der immer wiederkehrenden Polenputsche Pocken, Fleckfieber und Typhus ganz außerordentlich stark zugenommen, so daß heute wöchentlich mehr als 100 Erkrankungen an Pocken und mehrere Fleckfiebererkrankungen von dort, und zwar fast ausschließlich aus den an der Ostgrenze gelegenen Kreisen, gemeldet werden. Der große Polenputsch im vorigen Sommer aber führte infolge Verseuchung eines mehrere Tage von polnischen Banden besetzt gehaltenen Hochbehälters einer Wasserleitung zum explosionsartigen Ausbruch einer riesigen Typhusepidemie, die in kurzer Zeit auf 1200 Kranke anwuchs.

In ähnlicher Weise haben sich im Anschluß an die Unruhen im rheinisch-westfälischen Industriebezirk im Frühjahr dieses Jahres die Pocken ausgebreitet, und zwar, wie der Regierungspräsident in Düsseldorf berichtet, nur in dem von der roten Armee besetzt gewesenen Gebiete. Entsprechend dem besseren Impfschutze, unter dem unsere westdeutsche Bevölkerung steht, ist aber die Pockenausbreitung nicht annähernd so groß gewesen wie in Oberschlesien, auch ist es durch die schleunige Impfung der gefährdeten Umgebung der Pockenkranken schneller gelungen, der Seuche Herr zu werden.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Auskunftspflicht der Krankenkassen gegenüber den Militärversorgungsgerichten.

1. Nach Mannheim. Antwort: Auf Grund des § 116 in Verbindung mit § 115 RVO. hat die Betriebskrankenkasse auch gegenüber den Militärversorgungsgerichten gegenüber die Pflicht der Rechtshilfe, also auch zu Auskünften, und wir meinen, daß der Erfüllung dieser Pflicht, soweit es sich um Mitteilungen über Art und Dauer von Krankheiten der Versicherten oder versichert Gewesenen handelt, auch das Schweigegebot des § 141 RVO. nicht entgegensteht, weil die Militärversorgungsgerichte einem wesentlich gleichen Zwecke des Allgemeinwohls dienen wie die Versicherungsbehörden. Zu vgl. ArbVers. 1916 S. 784.

Für welche Tage ist nach § 370 Abs. 1 RVO. der Barbetrag statt der Krankenpflege zu gewähren?

2. Nach Ahrensburg. Antwort: Unter den Voraussetzungen des § 370 RVO. hat das Oberversicherungsamt die Kasse zu ermächtigen, „statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine bare Leistung bis zu ⅔ des Durchschnittsbetrages ihres gesetzlichen Krankengeldes zu gewähren“. Mit dieser Vorschrift würde es unvereinbar sein, wenn der (uns nicht vorliegende) Beschluß des Oberversicherungsamts tatsächlich dahin lauten sollte, daß die Kasse ihren Mitgliedern den festgesetzten Barbetrag nur „für jeden Besuch beim Arzt oder des Arztes bei dem Kranken“ zu erstatten habe. Die Kasse hat insofern recht, als es auf die Frage der Arbeitsfähigkeit oder -unfähigkeit des Kranken nicht ankommen kann; dies gilt keineswegs, wie die Kasse anzunehmen scheint, nur hinsichtlich der Familienangehörigen, für die nur ein Anspruch auf Krankenpflege, nicht auch auf Krankengeld begründet sein kann (§ 205 Ziff. 1 RVO.), sondern es gilt ebenso für die Versicherten selbst. In allen Fällen muß nach dem Wortlaut und dem Zwecke des § 370 Abs. 1 der Barbetrag für jeden Tag gezahlt werden, an dem der Kranke der Krankenpflege, insbesondere einer ärztlichen Behandlung bedürftig ist (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 339 Ziff. 2, am Schlusse). Dieses Bedürfnis besteht aber keineswegs immer nur an den Tagen, an denen der Kranke den Arzt aufsucht oder den Besuch des Arztes empfängt, sondern es besteht, wenn es sich um eine fortdauernde Krankheit handelt, auch in der Zwischenzeit zwischen den einzelnen ärztlichen Beratungen oder Besuchen; die Zwischenräume werden in solchen Fällen mit von der Fürsorge des Arztes umfaßt, so daß eine zusammenhängende ärztliche Behandlung vorliegt (zu vgl. zu § 193 Abs. 3 RVO.: ArbVers. 1918 S. 680 Ziff. 7; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3b zu § 193 RVO.; Entsch. des RVA. 2506 in ArbVers. 1919 S. 249). Der Barbetrag ist daher für jeden Tag der ganzen Zeit zu zahlen.

Versicherungspflicht der Schriftleiter von Tageszeitungen?

3. Nach Ratibor. Antwort: Gemeint ist offenbar die inzwischen in unserem Heft 27 (S. 527) vollständig mitgeteilte Entscheidung des Versicherungsamts München v. 27. 8. 20. Sie ist keine „grundsätzliche“ und vor allem keine „verbindliche“ in dem Sinne, daß ohne weiteres die Schriftleiter aller Tageszeitungen als versicherungsfrei angesehen werden müßten; aber sie beruht auf einer sorgfältigen und unseres Erachtens durchaus einwandfreien Beurteilung der Stellung der Schriftleiter einer bestimmten großen und einflußreichen hauptstädtischen Zeitung. Sie stimmt überein mit der Auffassung, daß überhaupt Personen, die nicht mit ausführenden Arbeiten vorwiegend materieller Art, sondern mit einer höheren, mehr geistigen, wissenschaftlichen oder künstlerischen Tätigkeit beschäftigt sind und sich durch ihre Stellung über die Betriebsbeamten und Werkmeister erheben, überhaupt nicht versicherungspflichtig sind (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 13a zu § 165 RVO., zustimmend: Gründe der Entsch. des RVA. 2584 Amtl. Nachr. 1920 S. 377 ff.; zu vgl. auch Entsch. des ObSchGer.

f. AngestVers. in ArbVers. 1916 S. 712 und Potthoff, Geistige Arbeiter und soziale Versicherung, Zeitschr. f. Vers. Wissensch. 1920 S. 169 ff). Das kann auch zutreffen bei dem Schriftleiter einer größeren Provinzzeitung, wenn er nach der Art seiner Aufgaben und seiner Stellung von niederen Arbeiten mehr mechanischer Art im wesentlichen entlastet ist und hauptsächlich geistige Arbeit leistet. Ob es tatsächlich zutrifft, läßt sich nur von Fall zu Fall feststellen. Bei Zeitungen von eng begrenztem Wirkungskreise werden sich oft mechanische und höhere Arbeiten des Schriftleiters (Schreibarbeiten, Übernahme von Mitteilungen aus anderen Quellen, Korrekturlesen usw. auf der einen Seite, Prüfung eingesandter Beiträge, Vertretung der Zeitung gegenüber Mitarbeitern, Behörden usw., Abfassung eigener Beiträge auf der anderen Seite) die Wage halten und die Annahme der Versicherungspflicht bei einem Jahresarbeitsverdienst von nicht über 15 000 ℳ rechtfertigen. — Gelangt die Kasse auf Grund solcher Prüfung der Verhältnisse zu der Überzeugung, daß im gegebenen Falle Versicherungspflicht nicht gegeben war, so hat sie die erhobenen Beiträge zurückzuzahlen.

a) Neuer Bescheid nach Heilanstaltspflege. b) Unzulässigkeit einheitlicher Rentenfeststellung bei mehreren Unfällen.

4. Nach Berlin. Fragen: a) H. erhielt wegen eines Betriebsunfalls, obgleich der behandelnde Arzt das Bestehen erwerbsbeschränkender Unfallfolgen nicht für vorliegend erachtete, auf Anregung desselben Arztes freie Kur und Verpflegung in einem Sanatorium. Hierüber wurde ein förmlicher Bescheid erteilt. Nach Abschluß der Kur verneinte auch der Kurarzt das Vorliegen erwerbsbeschränkender Unfallfolgen. Muß nach der Entlassung aus dem Sanatorium ein neuer Bescheid erteilt werden, obgleich der Verletzte keinen Rentenanspruch gestellt hat?

b) H. erlitt einen Betriebsunfall. Als dessen Folge blieb eine Nervenschwäche zurück. Er wurde mit einer 20prozentigen Rente entschädigt. Einige Monate später erlitt er einen neuen Unfall (Kopfverletzung), als dessen Folge ebenfalls eine Nervenschwäche zurückblieb. Der behandelnde Arzt schätzte die Folgen dieses Unfalls auf 15 v. H. Beide Unfälle standen in keinem ursächlichen Zusammenhange. Die Folgen beider Unfälle lassen sich nicht auseinanderhalten. Wegen des zweiten Unfalles wurde H. freie Kur und Verpflegung und seinen Angehörigen Rente nach § 598 gewährt. Da durch diese Kur gleichzeitig die Folgen des ersten Unfalles eine stationäre Behandlung erfahren, entsteht die Frage, ob es angängig ist, beide Unfälle zusammenzulegen, d. h. die Rentenzahlung aus dem ersten Unfalle einzustellen und freie Kur und Verpflegung nebst Angehörigenrente durch einmaligen Bescheid in Sachen, betreffend den zweiten Unfall, zu gewähren? Im bejahenden Falle, welcher Jahresarbeitsverdienst wäre dann der Rentenberechnung zugrunde zu legen?

Antwort: a) Daß ein Rentenanspruch nicht erhoben ist, ist gleichgültig, da die Leistungen aus der Unfallversicherung von Amts wegen festzustellen sind (§ 1545 RVO.). Die Unfallentschädigung besteht regelmäßig in Krankenbehandlung und Rente (§ 558). An Stelle dieser Leistungen kann die Berufsgenossenschaft nach § 597 Heilanstaltspflege gewähren. Diese zielt auf eine Veränderung des Zustandes ab. Ist sie abgeschlossen, so entsteht daher nun von neuem die von Amts wegen zu erwägende Frage, ob eine Rente zu gewähren oder abzulehnen ist. Hierüber muß nach ausdrücklicher Vorschrift des § 1583 Abs. 1 Ziff. 1 dem Verletzten ein schriftlicher Bescheid erteilt werden.

b) Eine einheitliche Feststellung in der angeregten Art ist unstatthaft. Es muß für jeden Unfall eine besondere Rente festgestellt oder doch die Feststellung besonders erwogen werden (zu vgl. Moesle-Rabeling, Anm. 3 zu § 559 RVO.). Lassen sich die Folgen der beiden Unfälle nicht auseinanderhalten, so wird man gerade deshalb nicht sagen können, daß die Folgen des ersten Unfalls behoben sind. Die Einstellung der Rente wird sich daher in keinem Falle rechtfertigen lassen; vielmehr bleibt nichts anderes übrig, als die zur Zeit etwa bestehende Steigerung der Erwerbsbeeinträchtigung über das bei der Feststellung der ersten Rente zugrunde gelegte Maß in Prozenten der bereits verminderten Erwerbsfähigkeit auszudrücken und danach eine zweite (zur ersten hinzutretende) Rente festzustellen, unter Zugrundelegung des Jahresarbeitsverdienstes für das Jahr von dem zweiten Unfall (§§ 563 ff.).

Ersatzanspruch des Armenverbandes aus der Entbindungsbeihilfe und dem Stillgeld.

5. Nach F. Antwort: a) Wegen der am 15. 3. 20 im Krankenhause eingetretenen Niederkunft konnte die Sch. den Entbindungskostenbeitrag von 50 ℳ beanspruchen. Hieraus kann das Armenamt vollen Ersatz der durch die Entbindung tatsächlich entstandenen Kosten fordern. Es ist irrig, daß diese Kosten schon durch die drei Achtel des Grundlohnes mit abgegolten sein sollen. Die drei Achtel decken nach § 1533 Ziff. 2 nur die Krankenpflege; die Niederkunft ist ein davon verschiedener selbständiger Versicherungsfall, und die Entbindungskosten sind, ohne Anwendung eines Pauschbetrags, gemäß § 1533 Ziff. 3 Satz 1 aus dem baren Beitrage von 50 ℳ zu ersetzen.

b) Ist das Kind im Krankenhause von der Wöchnerin gestillt worden, so hatte diese Anspruch auf das gesetzliche Stillgeld. Hat aber die Wöchnerin nicht selbst gestillt, sondern ist, wie es scheint, das Kind auf Kosten des Armenamts verpflegt worden, so besteht kein Anspruch auf Stillgeld und folglich für das Armenamt keine Möglichkeit, wegen dieser Unterstützung aus einer entsprechenden Leistung der Kasse Ersatz zu fordern (§ 1533 Ziff. 3). Insoweit, also hinsichtlich des etwaigen Anspruchs auf Stillgeld, ist daher auch die Abtretung unzulässig und unwirksam (§ 119 Abs. 1 Ziff. 3).

Beitragsfreiheit der Wöchnerin während vier Wochen vor der Niederkunft (§§ 195, 383 RVO.).

6. Nach Memmingen. Antwort: Gegenüber den im Heft 26 S. 520 Ziff. 12 erörterten zwei Möglichkeiten, die Beitragsfreiheit der Wöchnerin entweder nur für sechs Wochen nach der Niederkunft oder außerdem auch für vier Wochen vor der Niederkunft anzuerkennen, weisen Sie auf eine dritte Möglichkeit hin, indem Sie meinen: es wäre „wohl am zweckmäßigsten, die Beiträge für zehn Wochen nach der Entbindung außer Hebung zu lassen". Es kann aber auf die Frage der Zweckmäßigkeit nicht ankommen, weil die Gesetzwidrigkeit Ihrer Auffassung klar ist. Die Beitragsfreiheit besteht nach § 383 Abs. 2 RVO. „während des Bezugs des

Wochen- und des Schwangerengeldes", d. h. während der Zeit, für die das Wochen- oder Schwangerengeld bezogen wird, und es steht doch fest, daß das Wochengeld nicht „für zehn Wochen nach der Entbindung", sondern nur für vier Wochen vor und für sechs Wochen nach der Entbindung bezogen wird. Daß die Wöchnerin in jenen vier Wochen der Regel nach keineswegs wirklich arbeitsunfähig sein wird, ist richtig; aber das Gesetz sieht sie als arbeitsunfähig an und billigt ihr, damit sie sich schonen und pflegen könne, das Wochengeld und somit auch die Beitragsfreiheit schon für diese Zeit zu. Daraus folgt dann auch, daß sie nach § 311 in diesen vier Wochen Mitglied bleibt, auch wenn das Arbeitsverhältnis in dieser Zeit gelöst werden sollte. Es ist ein Irrtum, daß § 311 nur bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit gelte (Hahn, Anm. 4 zu § 195 RVO.). Die Schwierigkeiten, die sich hieraus allerdings in der Praxis ergeben können, weil die vier Wochen sich erst hinterher abmessen lassen, wenn die Entbindung tatsächlich erfolgt ist, können die von Ihnen befürwortete gesetzwidrige Handhabung der Vorschriften nicht rechtfertigen.

Anspruch eines durch Ausdehnung der Verdienstgrenze versicherungspflichtig gewordenen Kranken.

7. Nach Hannover. Antwort: Da der Angestellte infolge der Ausdehnung der Versicherungspflicht am 10. (nicht am 3.) Mai 1920 (§§ 5, 10 der Vrdg. v. 30. 4. 20, ArbVers. Heft 15 S. 287) wieder Pflichtmitglied Ihrer Kasse geworden ist, weil er zwar krank und beurlaubt, sein Beschäftigungsverhältnis aber keineswegs gelöst war, hat er von dem bezeichneten Tage ab Anspruch auf die vollen satzungsmäßigen Leistungen der Kasse (zu vgl. § 206 RVA. und ArbVers. 1919 S. 60 Ziff. 13, S. 79 Ziff. 1, S. 100 Ziff. 14).

Unanwendbarkeit des § 214 RVO. bei Ausscheiden durch Tod.

8. Nach Hamm. Antwort: Die Witwe des am 1. April verstorbenen Kassenmitgliedes hat wegen ihrer am 22. April eingetretenen Niederkunft keinen Anspruch auf die Leistungen der Familienwochenhilfe nach § 205a RVO. Es mutet wie ein übler Scherz an, wenn der Versuch gemacht wird, einen solchen Anspruch auf § 214 RVO. zu gründen, der voraussetzt, daß ein Versicherter „wegen Erwerbslosigkeit" aus der Kasse ausscheidet. So gewiß es ist, daß der Tote erwerbslos ist, so gewiß ist es auch, daß er durch seinen Tod und nicht wegen Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausgeschieden ist.

a) Milch als Heil- oder Nahrungsmittel? b) Versicherungspflicht eines Friedhofsgärtners und Totengräbers?

9. Nach Ha. 100. Fragen: a) Ein 70jähriges Kassenmitglied ist an Speiseröhrenkrebs erkrankt und erhält vom Arzt, da es keine andere Speisen zu sich nehmen kann, Milch verordnet. Ist die Kasse verpflichtet, diese Milchbeschaffungskosten zu tragen?

b) Ein Friedhofsgärtner, im Hauptberuf selbständiger Handelsgärtner und Totengräber, erhält seit 1914 von der Kirchengemeinde, der Besitzerin des Friedhofs, jährlich 1500 ℳ für allgemeine Instandhaltung des Friedhofs (Beschneiden der Bäume, Sauberhalten der Wege usw.). Es wird die Ansicht vertreten, daß der Friedhofsgärtner nicht versicherungspflichtig sei, da sein Privatgeschäft seine Haupteinnahmequelle sei. Für Schaufeln der Gräber erhält er von den Angehörigen der Toten seine Entschädigung, nicht von der Kirchengemeinde. Ist der Mann versicherungspflichtig, und zwar als Friedhofsgärtner oder als Totengräber?

Antwort: a) Im vorliegenden Falle dient die Milch nicht der Heilung, sondern ausschließlich der Ernährung des Kranken. Es handelt sich um Krankenkost, welche die Kasse nur zu gewähren braucht, wenn die Satzung es vorsieht (§ 193 Abs. 2 RVO.; ArbVers. 1917 S. 96 Ziff. 1).

b) Im allgemeinen würde ein von der Kirchengemeinde bestellter, wenn auch auf Gebühren angewiesener Totengräber als versicherungspflichtig anzusehen sein (Rev. Entsch. des RVA. 280, Amtl. Nachr. 1893 S. 132). Im vorliegenden Falle darf aber der offenkundige Zusammenhang dieser Beschäftigung mit der Tätigkeit als Friedhofsgärtner nicht außer Betracht bleiben. Einheitliche Beschäftigungsverhältnisse dürfen aus rechtlichen und praktischen Gründen, soweit irgend tunlich, auch bezüglich der Versicherungspflicht nur einheitlich behandelt werden (Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12, Ziff. 16 m). Die gesamte Tätigkeit als Friedhofsgärtner und Totengräber stellt sich im vorliegenden Falle nur als Ausfluß des selbständigen Gärtnereibetriebes dar. Demgegenüber ist es unerheblich, daß der Gärtner dafür von der Kirchengemeinde, abgesehen von den Gebühren für das Schaufeln der Gräber, einen festen Jahresbetrag als Gegenleistung erhält. Er ist als selbständiger Gewerbtreibender versicherungsfrei.

Ersatzkassen (§§ 503 ff. RVO.) haben keinen Anspruch auf gebührenfreie Auskunft der Einwohner-Meldestellen.

10. Nach Altona. Antwort: Aus § 115 RVO. läßt sich eine Verpflichtung der polizeilichen Einwohner-Meldestellen, den Ersatzkassen auf Verlangen unentgeltlich Auskunft über Wohnungsänderungen der Kassenmitglieder zu erteilen, schon deshalb nicht herleiten, weil die Ersatzkassen nicht zu den „Versicherungsträgern" gehören, zu deren Gunsten die Rechtshilfepflicht nach § 115 besteht (zu vgl. §§ 3, 225; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1 zu § 115). Aus dem gleichen Grunde schon — von dem Mangel anderer Voraussetzungen abgesehen — ist § 137 zugunsten von Ersatzkassen nicht anwendbar, und ebenso fehlen alle Voraussetzungen für die Anwendung des § 138. Aus dem § 521, der die Ersatzkassen unter Umständen zur Anzeige des Austritts, des Ausschlusses oder des Übertritts von Mitgliedern in eine niedere Mitgliederklasse verpflichtet, kann auch nicht einmal gefolgert werden, daß für die Kasse die Kenntnis der Wohnungsänderung zu diesem Zwecke „erforderlich" ist; denn ihre Pflicht aus § 521 erstreckt sich nicht auf Angaben und besonders nicht auf Ermittlungen hierüber. Die Ersatzkasse muß also für die Auskünfte des Meldeamts die gleichen, auf örtlichen Festsetzungen beruhenden Gebühren entrichten wie das Publikum überhaupt, das solche Auskünfte einholt.

a) Kein Anspruch auf Krankengeld für die Wartetage im Falle des § 214 RVO., b) Kosten eines vom Arzte zugezogenen Gehilfen.

11. Nach Lohr a. M. Antwort: a) Vorgeschrieben ist im § 182 Ziff. 2 RVO., daß das Krankengeld vom vierten Krankheitstag gewährt

wird; dies also ist nach § 179 Abs. 1, 2 die Regelleistung. Zugelassen ist nach § 191 Abs. 2, daß die Satzung das Krankengeld schon vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an zubilligen kann; soweit hiernach Krankengeld schon vor dem vierten Krankheitstage zu zahlen wäre, handelt es sich also um eine Mehrleistung im Sinne des § 179 Abs. 3. Hierauf hat der nur nach § 214 RVO. Berechtigte keinen Anspruch, da ihm das Gesetz ausdrücklich nur Anspruch auf die Regelleistungen zubilligt.

b) Wenn nach den Umständen des Falles der Arzt bei der Vornahme einer Verrichtung der Hilfe eines Baders oder ähnlicher Hilfspersonen bedarf, so hat er neben den Gebühren für die Verrichtung selbstverständlich auch Anspruch auf Ersatz seiner Auslage für die Zuziehung des Gehilfen. Taxen hierfür bestehen nicht; es ist die „übliche", also die nach den Umständen und den örtlichen Verhältnissen angemessene Vergütung zu bewilligen (zu vgl. § 612 Abs. 2 BGB.).

Wieweit werden Ansprüche aus der Krankenversicherung (§§ 182 ff. RVO.) durch das Reichsversorgungsgesetz v. 12. 5. 20 berührt?

12. Nach X. Antwort: Das Reichsversorgungsgesetz v. 12. 5. 20 (Heft 17 S. 333) regelt eine Fürsorge auf Kosten des Reiches für Militärdienstbeschädigte, gleichviel ob sie auf Grund der RVO. gegen Krankheit versichert sind oder nicht. Die Krankenkassen sind nur für die Durchführung der Heilbehandlung auf Kosten des Reiches in Anspruch genommen (§§ 8, 14, 15). Insoweit entfällt selbstverständlich ihre eigene Pflicht zur Gewährung von Krankenpflege nach §§ 182 ff. RVO. Die Ansprüche versicherter Beschädigter gegen die Kasse auf Krankengeld werden aber durch das Bestehen von Ansprüchen aus dem Versorgungsgesetz nicht berührt, da es an einer dahingehenden Vorschrift fehlt und die §§ 12, 14 sogar deutlich erkennen lassen, daß das Versorgungsgesetz diese Ansprüche als fortbestehend ansieht.

Ersatzansprüche der Krankenkasse nach dem Reichsversorgungsgesetz.

13. Nach Pforzheim. Antwort: Der § 14 des Reichsversorgungsgesetzes gibt der Kasse die dort bezeichneten Ersatzansprüche nur, wenn sie selbst die Heilbehandlung des Militärdienstbeschädigten durchführt (§ 8). Wird dagegen der Beschädigte, sei es zur Feststellung seines Zustandes oder zum Zwecke der Heilbehandlung, vom Versorgungsamt selbst in ein Lazarett eingewiesen (zu vgl. § 8 Abs. 7), oder wird er, wie im zweiten Falle der Anfrage, „durch eine private Stiftung, die in Verbindung mit dem Versorgungsamte steht, in einem Erholungsheim untergebracht", so hat ihm die Krankenkasse das ihm auf Grund seiner Kassenmitgliedschaft bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit zustehende Krankengeld zu zahlen, ohne dieserhalb einen Anspruch auf Ersatz durch das Reich zu haben.

Wählbarkeit zu den Organen der Krankenkasse.

14. Nach Köln. Antwort: Ein Referendar, der als Angestellter eines industriellen Werkes (nach Ihrer Angabe) nur die Aufgabe hat, in juristischen Fragen Auskunft zu erteilen, kann weder als bevollmächtigter Betriebsleiter noch als Geschäftsführer oder Betriebsbeamter im Sinne des § 13 Abs. 2 RVO. und mithin nicht als wählbar als Vertreter des Unternehmers in den Kassenorganen angesehen werden, weil er als bloßer Berater des Arbeitgebers dem eigentlichen Betriebe des Unternehmers ganz fernsteht. Daß er sich als „Sozialsekretär" bezeichnen läßt, ist ganz belanglos.

Familienwochenhilfe bei Kassenwechsel.

15. Nach Königsberg (Nm.). Frage: Eine Wöchnerin ist am 12. 10. 19 entbunden und hat von uns die volle Familienwochenhilfe nach § 205a des Gesetzes vom 26. 9. 19 ausgezahlt erhalten. Während der Bezugsdauer (am 16. 11. 19) wechselte der Ehemann die Kassenmitgliedschaft und hat auch der neuen Kasse bis zum Ablauf der 12. Wochenfrist als dessen Mitglied angehört. Erfolgt in diesem Falle die Verrechnung nach § 197 und § 205a RVO. oder hat uns die neue Kasse die vollen Beträge, welche wir nach dem 16. November 1919 gezahlt haben, gemäß § 212 RVO. zu erstatten?

Antwort: Die Entbindung sowohl wie der Kassenwechsel haben sich vor dem Inkrafttreten der neuen Fassung des Wochenhilfegesetzes (§ 27 der Bek. v. 22. 5. 20, Heft 18 S. 345) ereignet. Der Fall ist also nach der alten Fassung zu beurteilen, die eine dem § 205a Abs. 3 der neuen Fassung entsprechende Vorschrift nicht enthielt. Der § 197 RVO. kommt überhaupt nicht in Betracht, sondern nur der § 212 RVO. Danach hatte nicht Ihre Kasse, sondern die Kasse, in die der Versicherte am 16. 11. 19 übergetreten war, die weitere Leistung zu gewähren. Sie muß daher die von Ihnen „zu Unrecht gewährten Leistungen" auf Grund ungerechtfertigter Bereicherung ersetzen (§ 224 Ziff. 2 RVO.).

Familienwochenhilfe für Ausländerinnen.

16. Nach Löbau Sa. Antwort: Es ist nach § 205a RVO., der nicht (wie § 17 des Wochenhilfegesetzes hinsichtlich der Wochenfürsorge) nur für deutsche Wöchnerinnen gilt, ganz zweifelsfrei, daß auch Ausländerinnen in demselben Maße wie Deutsche Anspruch auf die Familienwochenhilfe haben, sofern sie nur ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inlande haben. Wir verweisen auf ArbVers. 1919 S. 718 Ziff. 2 und Jaeger, Wochenhilfe S. 98 Anm. 2 zu § 17. Die Ansicht, „daß bei Ausländern die Krankenkasse nur die Hälfte zu bezahlen habe", ist ganz haltlos. Die Kasse hat die vollen Leistungen zu gewähren, aber das Reich erstattet ihr die Hälfte (§ 205d RVO.), auch wenn es sich um Ausländerinnen handelt.

Zahnersatz zur Verhütung von Krankheiten kein Heilmittel.

17. Nach Westerburg. Antwort: Zahnersatz zur „Verhütung" von Magen- und anderen Krankheiten ist kein „Heilmittel", das die Kasse zu gewähren verpflichtet wäre. Außerdem ist, wie wir nach Ihren Angaben annehmen, das Bedürfnis des Zahnersatzes nicht in der Zeit der Mitgliedschaft bei Ihrer Kasse, insbesondere nicht während der Heilbehandlung, welche Ihre Kasse wegen des durch Unfall verursachten Verlustes zweier Zähne gewährt hatte, hervorgetreten, sondern erst, nachdem der Verunglückte gemäß § 300 RVO. Mitglied einer anderen Kasse geworden war. Daher würde, wenn es sich überhaupt um eine Fortsetzung des früheren Heilverfahrens handelte, die neue Kasse als leistungspflichtig in Betracht kommen (§ 212 RVO.).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1296 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 21. Oktober 1920 | Heft 30

Die Fristen der RVO.

Von Stadtrat H. von Frankenberg in Braunschweig.

So sehr die soziale Gesetzgebung im allgemeinen und die Reichsversicherungsordnung im besonderen sich zur Erleichterung der Fürsorge für die Beteiligten von lästigen Fesseln des Verfahrens und der Handhabung frei gemacht hat, vermag sie doch auf gewisse Regeln bei der Durchführung nicht zu verzichten, um im geordneten Rechtszuge die Verwirklichung der Ansprüche zu ermöglichen. Bei den Formen der Willenserklärungen für Anträge, Beschwerden, Klagen, Berufungen und sonstige Rechtsmittel ist das Entgegenkommen gegenüber der rechtlichen Unerfahrenheit und geschäftlichen Ungewandtheit eines großen Teils der Bevölkerung sehr deutlich erkennbar; bei den Fristen hält man sich dagegen in dem durch die Verhältnisse gezogenen Rahmen und hat einen Teil der allgemeinen Vorschriften in §§ 186 bis 193 BGB. anstandslos übernommen, während in mancher Hinsicht die §§ 124 bis 134 RVO. selbständige Grundsätze aufgestellt haben.

Der Fristbegriff ist für das Versicherungsrecht derselbe wie im allgemeinen Rechtsverkehr. Man versteht unter Fristen alle Zeiträume von rechtlicher Bedeutung, während bekanntlich mit Terminen bestimmte Zeitpunkte bezeichnet werden, die im Rechtsleben Einfluß äußern.

Die Fristen können in ihrem Anfang oder Ende durch das Gesetz, die Satzung oder eine behördliche Anordnung, eine Festsetzung des Versicherungsträgers oder einer anderen Stelle bestimmt sein (z. B. bei Beitragszahlungen); sie können aber auch ihren Lauf nach dem Zeitpunkt einrichten, in den ein Ereignis fällt. In dieser Beziehung weist § 125 Abs. 1 RVO. (ebenso wie schon § 78a Abs. 2 KVG.) einen bemerkenswerten Unterschied von dem Rechte des BGB. auf. In § 188 Abs. 2 BGB. ist gesagt:

Eine Frist, die nach Wochen, nach Monaten oder nach einem mehrere Monate umfassenden Zeitraume — Jahr, halbes Jahr, Vierteljahr — bestimmt ist, endigt im Falle des § 187 Abs. 1[1]) mit dem Ablaufe desjenigen Tages der letzten Woche oder des letzten Monats, welcher durch seine Benennung oder seine Zahl dem Tage entspricht, in den das Ereignis oder der Zeitpunkt fällt; im Falle des § 187 Abs. 2[2]) mit dem Ablaufe desjenigen Tages der letzten Woche oder des letzten Monats, welcher dem Tage vorhergeht, der durch seine Benennung oder seine Zahl dem Anfangstage der Frist entspricht.

---

1) § 187 Abs. 1 BGB. besagt: „Ist für den Anfang einer Frist ein Ereignis oder ein in den Lauf eines Tages fallender Zeitpunkt maßgebend, so wird bei der Berechnung der Frist der Tag nicht mit eingerechnet, in welchen das Ereignis oder der Zeitpunkt fällt."

2) In § 187 Abs. 2 BGB. heißt es: „Ist der Beginn eines Tages der für den Anfang einer Frist maßgebende Zeitpunkt, so wird dieser Tag bei Berechnung der Frist mitgerechnet. Das gleiche gilt von dem Tage der Geburt bei der Berechnung des Lebensalters."

In § 125 RVO. lautet dagegen der Abs. 1:

Eine nach Tagen bestimmte Frist endigt mit dem Ablauf ihres letzten Tages, eine nach Wochen oder Monaten bestimmte Frist mit dem Ablaufe desjenigen Tages der letzten Woche oder des letzten Monats, welcher nach Benennung oder Zahl dem Tage entspricht, in den das Ereignis oder der Zeitpunkt fällt.

Es folgt hieraus beispielsweise die früher oft übersehene Tatsache, daß das Krankengeld nicht für 26 Wochen, sondern für 26 Wochen und einen Tag zu gewähren ist; dasselbe gilt vom Wochengelde und ähnlichen zeitlich begrenzten Leistungen. Über die Leistungsfristen wird hier später einheitlich etwas zu bemerken sein.

Inhaltlich übereinstimmend mit § 191 BGB. ist die Bestimmung in § 126 RVO., daß in Fällen, in denen ein Zeitraum von Monaten oder Jahren nicht zusammenhängend zu verlaufen braucht (z. B. für die Anwartschaft auf Erwerbslosenunterstützung oder Wochenhilfe), der Monat zu 30, das Jahr zu 365 Tagen gerechnet werden soll. Dagegen ist eine mit den Eigentümlichkeiten des Versicherungsrechts zu erklärende Abweichung darin enthalten, daß die Vorschrift des § 193 BGB. mit ihrer Erstreckung von Leistungen bis zu dem nächsten Werktage nach einem auf das Ende der Frist fallenden Sonntag oder allgemeinen Feiertag in § 127 Absatz 1 RVO. zwar übernommen, aber in Absatz 2 daselbst für die Dauer solcher Leistungen ausgeschaltet ist, zu denen ein Versicherungsträger verpflichtet ist.

Bei den Fristen der RVO. können wir Melde-, Anwartschafts-, Leistungs- und Rechtsmittelfristen unterscheiden. Die Melde- (Anzeige-) Fristen sind gewöhnlich sehr kurz bemessen. Bei der Unfallanzeige durch den Betriebsunternehmer (§ 1552 RVO.), bei der Unfallmeldung durch die Krankenkasse nach § 1512, bei der Einreichung des Nachweises über längere Bauarbeiten nach Ablauf jedes Monats seitens des Bauunternehmers (§ 799 RVO.), bei der An- und Abmeldung von Krankenkassen-Pflichtmitgliedern (§ 317 RVO.) und für die Abführung von Lohnabzügen zahlungsunfähiger Arbeitgeber (§ 402) ist nur eine Frist von drei Tagen zugestanden, weil Wert darauf gelegt werden muß, daß die Fühlung mit dem Versicherungsträger möglichst bald hergestellt wird. Für Rechtsmittel gibt § 128 Abs. 1 RVO. die zweckmäßige Vorschrift, daß sie, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, binnen einem Monat nach Zustellung der angefochtenen Entscheidung einzulegen sind, doch wird für Seeleute, die sich außerhalb Europas aufhalten, nach Abs. 2 daselbst die Rechtsmittelfrist von der Stelle bestimmt, die die angefochtene Entscheidung erlassen hat; sie muß mindestens drei Monate von der Zustellung an betragen. Es ist eine wesentliche Erleichterung, daß die Fristbemessung jetzt einheitlich geregelt ist; mancher Irrtum wird dadurch vermieden. Nur in wenigen Fällen ist eine andere Rechtsmittelfrist vorgesehen: bei Beschwerden gegen Entscheidungen über die Verpflichtung, sich als Zeuge oder Sachverständiger vernehmen zu lassen, und wegen der Weigerung, Geldstrafen zu zahlen, sehen §§ 1574, 1576, 1577 die Beschwerde an das Oberversicherungsamt binnen einer Woche vor; dieselbe Frist gilt für die Anrufung des Senats des RVA. bei Zurückweisung des Rechtsmittels als verspätet oder unzulässig (§ 1713). Der zweitnächste Zahltag ist als Frist für den Antrag versicherungspflichtiger Ersatzkassenmitglieder wegen des Ruhens der eigenen Rechte und Pflichten als Krankenkassenmitglieder maßgebend (§ 517, § 519 Abs. 2 RVO.).

Häufiger ist eine Frist von zwei Wochen. Ihr begegnen wir bei der Aufforderung zur Einzahlung der Unfallbeiträge nach dem Heberollenauszuge (§ 754, für die Seeunfallversicherung § 1176), bei dem Einspruch gegen die Unfall-Beitragsfestsetzung (§§ 757, 1023, 1078), bei dem Inkrafttreten des Prämientarifs (§§ 806, 842) und bei Einsprüchen gegen die Prämienberechnung (§§ 814, 842).

Die Frist von drei Wochen taucht vereinzelt in § 214 (Sterbegeldanspruch bei Erwerbslosen) und in § 313 Abs. 2 für die freiwillige Fortversicherung und deren Anzeige bei der Krankenkasse auf, wobei der Fristenlauf vom Ausscheiden oder beim Fortbezug von Kassenleistungen durch Arbeitsunfähige (§ 311) von deren Beendigung an rechnet. Nur für Erkrankungen in der zweiten oder dritten Woche des Fristenlaufs besteht für diese Krankheit, vorbehaltlich des § 214, Anspruch auf die Kassenleistungen lediglich dann, wenn die Anzeige schon in der ersten Woche gemacht wurde. Der Anzeige steht die volle Zahlung der satzungsmäßigen Beiträge in der gleichen Frist gleich. Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamts, das dabei freie Nachprüfung hat (§ 324 Abs. 3), längere Fristen festsetzen. Dasselbe gilt für das freiwillige Verbleiben unständiger Mitglieder in der Kasse nach der Löschung (§ 447 Abs. 3).

Mit einer Frist von vier Wochen haben wir es in § 1512 Abs. 1 zu tun, wenn ein Unfallverletzter nach Ablauf von drei Wochen seit dem Betriebsunfall noch nicht wiederhergestellt ist: die Krankenkasse muß dann die Anzeige an die Träger der Unfallversicherung bis zum Ende der vierten Woche erstatten. Der Beginn der fünften Woche spielt nach § 573 auch für das erhöhte Krankengeld Unfallverletzter eine wichtige Rolle.

Auf die Monatsfrist, die als allgemeiner Zeitraum für Einlegung von Rechtsmitteln schon erwähnt wurde, greift die RVO. an zahlreichen anderen Stellen ebenfalls zurück: so bei dem Antrage auf Wiederaufnahme des Verfahrens (§ 1728), bei der Setzung einer Frist für die Aufforderung zur Bestellung eines Zustellungsbevollmächtigten durch Aushang während einer Woche (§ 136, der jedoch nur die Mindestdauer eines Monats vorschreibt, also eine längere Zeitspanne freigibt), bei Ausschreibung von Ausschußwahlen (§ 334 Abs. 1, gleichfalls Mindestdauer), bei Beschließung angeordneter Satzungsänderungen durch den Ausschuß (§ 326 Abs. 2), bei dem Zeitraume, um den höchstens die Zahltage auseinanderliegen dürfen (§ 393), und im Unfallrecht bei Anrufung der Genossenschaftsversammlung durch den Ersatzpflichtigen, nachdem ihm der Vorstand mitgeteilt hat, daß gegen ihn wegen fahrlässiger Herbeiführung des Unfalls der Ersatzanspruch erhoben werden soll (§ 906 Abs. 1, für die Land- und Forstwirtschaft § 1042, für die Seeunfallversicherung § 1219); Klage gegen ihn darf erst nach Ablauf eines Monats seit der Mitteilung angestellt werden.

Eine Frist von sechs Wochen kommt für einen als Ersatzkasse zugelassenen Verein nach § 516 als Mindestzeitraum für die Anpassung seiner Satzung oder seines Geschäftsbetriebes an die gesetzlichen Voraussetzungen in Betracht, widrigenfalls er den Widerruf der Zulassung zu gewärtigen hat; sie gilt ferner im Unfallrecht für die Einreichung des Lohnnachweises (§ 750, in der Land- und Forstwirtschaft § 1016, bei der Seeunfallversicherung § 1166), desgleichen für den Nachweis des Stilliegens von Fahrzeugen zum Zwecke der Beitragskürzung (§ 1172). Eine Wartezeit von höchstens sechs Wochen kann durch die Satzung für freiwillig beitretende Versicherungsberechtigte vorgeschrieben werden (§ 207).

Mit drei Monaten setzen bereits die Verjährungsfristen ein, soweit es sich nach §§ 147, 148 um Zuwiderhandlungen gegen Strafvorschriften der RVO. handelt, für welche die Gerichte nicht zuständig sind, und soweit keine höhere Strafe als die von 300 *M* angedroht ist (vgl. z. B. die An- und Abmeldevorschriften des § 530); ebenso ist die Frist für Geltendmachung des Ersatzanspruchs der Krankenkasse auf Entschädigung durch den Träger der Unfallversicherung bemessen, der nach § 1508 spätestens drei Monate nach Beendigung der Kassenleistungen bei der Berufsgenossenschaft, Sektion, Ausführungsbehörde usw. angemeldet werden muß. Wenn aber die Krankenkasse ohne ihr Verschulden erst nach Ablauf dieser Zeit davon Kenntnis erhält, daß die Voraussetzungen für einen Ersatzanspruch gegeben sind, so kann sie noch

innerhalb einer Woche nach dem Tage, an dem sie davon erfuhr, mit dem Anspruche hervortreten.

Eine Frist von sechs Monaten gilt nach § 29 Abs. 2 für den Anspruch auf Rückerstattung von Beiträgen, jedoch läuft diese Frist erst mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entrichtet wurden, so daß also erst am 1. Juli des folgenden Jahres die Verjährung eintritt. Versicherte können die Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung binnen zehn Jahren nach der Entrichtung zurückfordern, wenn ihnen nicht schon eine Rente rechtskräftig bewilligt worden ist, und nicht die Verwendung der Marken in betrügerischer Absicht geschah (§ 1446 Abs. 2). Besondere Vorschriften über Beitragsberichtigungen nach endgültiger Erledigung von Beitragsstreitigkeiten im Invalidenversicherungsrecht geben §§ 1462, 1464, auf die hier der Kürze halber verwiesen werden mag. Die Wartezeit für Mehrleistungen kann durch die Satzung der Krankenkasse nach § 208 bis zu sechs Monaten erstreckt werden. Knappschaftsvereine, -kassen, Ersatzkassen, Gemeinden und Armenverbände müssen ihre Ersatzansprüche nach §§ 1528, 1531 bis 1537 spätestens sechs Monate nach der Unterstützung bei dem Träger der Reichsversicherung geltend machen (§ 1539).

Ein volles Jahr gilt als Zwischenfrist für die Berücksichtigung von Mehrleistungen der maßgebenden Krankenkasse, wenn die Gleichwertigkeit einer anderen Kasse zu prüfen ist; Mehrleistungen, die noch kein volles Jahr gelten, kommen noch nicht in Betracht (§ 260). Ebenso ist ein Jahr als Zwischenraum vorgeschrieben, innerhalb dessen nach § 1635 ein endgültig abgelehnter Antrag auf Invaliden- oder Witwenrente, bei dem die dauernde Invalidität nicht nachgewiesen war, oder ein Antrag auf Wiedergewährung einer rechtskräftig entzogenen derartigen Rente nicht wiederholt werden darf, es sei denn, daß der inzwischen erfolgte Eintritt von Umständen glaubhaft bescheinigt wird, die den Nachweis der Invalidität liefern. Die Frist läuft von der Zustellung der Entscheidung ab. Freiwillige Beiträge und Beiträge über die gesetzliche Lohnklasse hinaus sind in ihrer Entrichtung gleichfalls an den Zeitraum eines Jahres gebunden (§ 1443). Länger als auf ein Jahr rückwärts, vom Eingange des Antrags gerechnet, wird keine Invaliden-, Kranken-, Witwen-, Witwer- oder Waisenrente nachgezahlt, falls nicht der Berechtigte durch Verhältnisse, die außerhalb seines Willens liegen, verhindert worden ist, den Antrag rechtzeitig zu stellen (§ 1253); im letzteren Falle muß der Antrag binnen drei Monaten gestellt werden, nachdem das Hindernis weggefallen ist. Rechtsmittel gegen Urteile, die irrtümlich als endgültig bezeichnet sind, müssen innerhalb Jahresfrist nach der Zustellung eingelegt werden (§ 1711).

Eine Verjährung von 18 Monaten ist in § 907 für die Ersatzansprüche der Berufsgenossenschaften gegen fahrlässige Unternehmer als Urheber von Unfallschäden gegeben; sie läuft von dem Tage ab, an dem das verurteilende strafgerichtliche Erkenntnis rechtskräftig geworden ist; Anrufung der Genossenschaftsversammlung durch den Unternehmer zur Abwehr der Klage unterbricht die Verjährung, die neu erst wieder beginnen kann, wenn die Genossenschaftsversammlung Stellung genommen hat oder die Anrufung anderweit erledigt ist.

Eine Verjährungsfrist von zwei Jahren gilt für den Anspruch auf Leistungen der Krankenkassen (§ 223 Abs. 1), gerechnet vom Tage der Entstehung. Für den Ersatzanspruch der Versicherungsanstalten gegen die Krankenkassen gilt diese kurze Verjährungsfrist aber nicht, er unterliegt der allgemeinen Verjährung von 30 Jahren (Düttmann, Anm. 14 zu § 1518 RVO.). Dagegen muß, wenn eine Unfallentschädigung nicht von Amts wegen festgesetzt wird, der Anspruch nach § 1546 zur Vermeidung des Ausschlusses spätestens zwei Jahre nach dem Unfall bei dem Versicherungsträger angemeldet werden; für die Hinterbliebenen eines auf einem untergegangenen oder verschollenen Schiffe gefahrenen Versicherten

wird diese Frist von dem Tage ab in Lauf gesetzt, an dem nach § 1099 der Anspruch auf Hinterbliebenenrente entstanden ist[3]). Sehr bedeutsam ist die zweijährige Frist ferner für die Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung. Nach § 1280 erlischt die Anwartschaft, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstage (§ 1416) nicht wenigstens 20 Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Weiterversicherung entrichtet worden sind. Pflichtbeiträge sind nicht mehr wirksam, wenn sie nach Ablauf von zwei Jahren, falls aber die Beitragsleistung ohne Verschulden des Versicherten unterblieben ist, nach Ablauf von vier Jahren seit der Fälligkeit entrichtet werden (§ 1442). Der Arbeitgeber kann irrtümlich geleistete Invalidenversicherungsbeiträge nicht mehr zurückfordern, wenn ihm vom Versicherten der Wert seines Anteils erstattet ist oder seit der Entrichtung zwei Jahre verflossen sind (§ 1446 Abs. 3). Für die Versicherten selbst gilt eine zehnjährige Rückforderungsfrist seit der Entrichtung, vorausgesetzt, daß ihnen nicht schon eine Rente rechtskräftig bewilligt oder die Verwendung der Marken in betrügerischer Absicht (zur Erschleichung einer Rente usw.) geschehen ist. Der Gefahrentarif ist längstens nach zwei Geschäftsjahren und sodann wenigstens alle fünf Jahre mit Rücksicht auf die vorgekommenen Unfälle nachzuprüfen (§ 708, für die Land- und Forstwirtschaft ebenso § 979, für die Seeunfallversicherung desgl. §§ 1149, 1152).

Mit angemessenen, im Gesetze nicht genau festgelegten Fristen ist zu rechnen, wenn den zuständigen Stellen die Bestimmung überlassen ist: so bei der Anordnung der Übersiedlung ins Krankenhaus durch die Kassenverwaltung (§ 184), wobei man regelmäßig etwa eine Frist von 24 Stunden wird zugestehen müssen; ferner bei der Frist für Einsendung der Rechnungsabschlüsse der Krankenkassen an das Versicherungsamt, vgl. § 367, Festsetzung durch den Bundesrat, der von vier zu vier Jahren die Nachweisungen und Abschlüsse einheitlich für das Reich zusammenstellen soll; für das Treffen der zur Verhütung von Unfällen vorgeschriebenen Einrichtungen, wenn neue Vorschriften über deren Anbringung in Kraft treten (§ 850; die Frist ist in die Unfallverhütungsvorschriften mit aufzunehmen). Die Nachentrichtung der Invalidenbeiträge in einer „angemessenen Frist" gestattet § 1444, wenn eine zuständige Stelle den Arbeitgeber gemahnt hatte, und wenn der Arbeitgeber oder der Versicherte sich zur Nachentrichtung gegenüber einer solchen Stelle bereiterklärt hatte. Dazu sagt die Begründung (S. 430): „Die Bemessung dieser Frist wird nach Sachlage der Verhältnisse eine verschiedene sein können und deshalb zweckmäßig der Rechtsprechung überlassen bleiben."

Im Gegensatz zu dem Spielraum, der hierbei gelassen ist, haben wir es in § 705 Abs. 3[4]) mit einer Notfrist von einem Monate für Anrufung des ordentlichen Gerichts zu tun: in Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnis der Angestellten, die der Dienstordnung unterstehen, entscheidet auf Beschwerde der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts, wenn es sich um Kündigung, Entlassung, Geldstrafe von mehr als 20 ℳ oder vermögensrechtliche Ansprüche handelt. Für vermögensrechtliche Ansprüche gilt der Rechtsweg als zulässig, und die Klage bei einem ordentlichen Gericht kann nur binnen der Notfrist eines Monats nach Zustellung der Entscheidung des Reichsversicherungsamts erhoben werden. „Notfristen" sind nach § 223 Abs. 3 Ziv. Proz. O. nur diejenigen Fristen, die in diesem Gesetze als solche bezeichnet werden; sie haben die Besonderheit, daß sie durch den Lauf der Gerichtsferien nicht aufgehalten, durch Vereinbarung der Parteien nicht verlängert oder

[3]) Dazu gehört nach § 1099 Untergang oder Verschollenheit des Fahrzeuges (§§ 862, 863 HGB.) und das Fehlen glaubhafter Kunde vom Leben des Vermißten während eines vollen Jahres nach dem Untergange oder den letzten Nachrichten über das Fahrzeug.

[4]) Ebenso für die Land- und Forstwirtschaft in § 978, für die Seeunfallversicherung in § 1147.

abgekürzt werden können, daß die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen ihre Versäumung zugelassen ist, und daß nicht nur auf Antrag der Gegenpartei, sondern auch von Amts wegen geprüft werden muß, ob sie eingehalten sind. Im übrigen kommt der Begriff der Notfristen für das Gebiet der Reichsversicherung nicht in Betracht, zumal da Gerichtsferien für deren Spruchbehörden nicht vorgeschrieben sind. Die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist jedoch, nachdem sie in freier Handhabung des Verfahrens schon früher durch die Rechtsprechung zugestanden war, in §§ 131 bis 134 RVO. eingehend behandelt und muß bei Behinderung durch Naturereignisse oder andere unabwendbare Zufälle binnen einer Frist beantragt werden, deren Dauer nach § 132 Abs. 1 durch die Dauer der versäumten Frist bestimmt wird; die Frist läuft von dem Tage ab, an dem das Hindernis gehoben ist. Wenn das verspätet eingelaufene Schriftstück der Post mindestens drei Tage vor Ablauf der Frist übergeben worden ist, so kann binnen Monatsfrist die Wiedereinsetzung beantragt werden, gerechnet von dem Tage, an dem dem Beteiligten bekannt wird, daß er die Frist versäumt hat. Nach Ablauf von zwei Jahren seit Ablauf der versäumten Frist kann die Wiedereinsetzung nicht mehr beantragt werden (§ 132 Abs. 3).

Eine Vorschrift von außerordentlich großer Bedeutung für die Beobachtung der Fristen, ein sehr wertvolles Zugeständnis für die Rechtsuchenden ist in § 129 Abs. 2 enthalten — eine Art von Entgleisungskissen: die Frist für die Einlegung von Rechtsmitteln, die im allgemeinen bei der zur Entscheidung darüber berufenen Stelle anzubringen sind, gilt auch dann als gewahrt, wenn das Rechtsmittel rechtzeitig bei einer anderen inländischen Behörde oder bei einem Organe der Versicherungsträger, für die Seeunfallversicherung auch bei einem deutschen Seemannsamte des Auslandes eingegangen ist; diese Stellen haben die Rechtsmittelschrift unverzüglich an die zuständige Behörde abzugeben. So wohlwollend und entgegenkommend eine derartige Bestimmung ist, enthält sie doch zwei wichtige Einschränkungen: es muß ein Schriftstück vorhanden sein, durch welches das Rechtsmittel eingelegt werden soll, es genügt also nicht der mündliche Antrag (auch nicht durch Fernsprecher), wohl aber wird nach der Rechtsprechung des RVA. jede Eingabe für ausreichend gehalten, durch welche die Unzufriedenheit des Antragstellers mit der angefochtenen Entscheidung zum Ausdrucke kommt (selbst die einfache Übersendung der Vorentscheidung an das RVA., das Einschicken eines Arztgutachtens an das Oberversicherungsamt, eine Drahtnachricht über Verfolgung der Berufung usw.). Ferner bezieht sich § 129 Abs. 2 ausschließlich auf Rechtsmittel, nicht auch auf sonstige Anträge. Wer z. B. einen Antrag auf Kassenleistungen, auf Unfallrente usw., eine Erklärung wegen freiwilliger Fortsetzung der Kassenmitgliedschaft bei seiner Gemeindebehörde anbringt, sichert sich dadurch noch nicht die Innehaltung der Frist. Ein gewisses Zugeständnis erweist § 1549, wonach die Fristen für die Unfallrentenansprüche auch dann gewahrt bleiben, wenn der Anspruch rechtzeitig bei einem nicht zuständigen Träger der Unfallversicherung oder bei einem Versicherungsamt angemeldet wird. Es verdient bei einer Gesetzesänderung erwogen zu werden, ob man nicht eine ähnliche Vorschrift allgemein aufnehmen will, um Härten zu vermeiden; auch die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wäre für solche Fälle wünschenswert.

Die Leistungsfristen sind in der RVO. teils unmittelbar geregelt, teils der Bestimmung durch die Satzungen überlassen. Wir beschränken uns daher auf den kurzen Hinweis, daß die Frist von 26 Wochen für die Gewährung von Unterstützungen nach Beginn der Krankheit, bei Krankengeld nach Beginn des Krankengeldbezuges (§ 183) durch die Satzung bis zu einem Jahre verlängert werden kann (§ 187 Nr. 1), daß aber für rückfällige Kranke nach § 188 eine Beschränkung der Krankenhilfe innerhalb der

nächsten zwölf Monate auf die Gesamtdauer von 13 Wochen zulässig ist. Für die Wochenhilfe gelten jetzt die besonderen Bestimmungen des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 22. Mai 1920 (RGBl. S. 1069 ff.) mit ihrer Erstreckung des Wochengeldes bis zu zehn Wochen, des Stillgeldes bis zu zwölf Wochen, und mit ihrer zeitlich ebenso bemessenen Wochenfürsorge für minderbemittelte deutsche Wöchnerinnen, die keinen Anspruch auf Wochenhilfe haben, aber ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inlande besitzen. Auf die Sonderrechte von Mitgliedern, die binnen der letzten zwölf Monate schon für mindestens sechs Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse oder einer knappschaftlichen Krankenkasse gehabt haben und deshalb keine neue Wartezeit für Mehrleistungen zurückzulegen brauchen (§ 208), auf die Unterbrechung der Wartezeit auf die Dauer von höchstens 26 Wochen durch Ausscheiden aus der Mitgliedschaft, auf die Heilung von gewissen Mängeln der Anwartschaft durch vorbehaltlose Annahme von Mitgliederbeiträgen für mindestens drei Monate (§§ 213, 315) und auf die Erwerbslosenunterstützung des § 214 mit ihren verschiedenen Fristen (Wahrung für drei Wochen nach dem Ausscheiden bei einer mindestens sechs Wochen ununterbrochen vorher oder 26 Wochen insgesamt innerhalb der letzten zwölf Monate bestandenen Mitgliedschaft) mag der Vollständigkeit wegen hingewiesen werden.

Es ist für die Wahrnehmung der Rechte aus der Versicherung dringend zu empfehlen, daß die Bestimmungen der Fristen so einfach und übersichtlich als möglich gehalten sind, damit sich auch der Unerfahrene leichter zurechtzufinden vermag. Die bevorstehende Umgestaltung der RVO. wird, nachdem bereits wesentliche Fortschritte gegen früher seit ihrem Erlaß eingetreten sind, hoffentlich auch in dieser Beziehung weitere Verbesserungen bringen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Versicherungspflichtige Beschäftigung eines Sohnes in der Landwirtschaft des Vaters.

Beschluß des Oberversicherungsamts Leipzig vom 29. Dezember 1919 (II B 14/19).

Von jeher ist es eine vielumstrittene Frage gewesen, ob Söhne und Töchter von Landwirten der sozialen Versicherungspflicht unterliegen. So hat erst jüngst das Oberversicherungsamt Liegnitz in einer Entsch. vom 17. Juli 1919 (ArbVers. 36. Jahrg. S. 533) die Frage bejaht, weil „die beiden Söhne", wenn sie nicht in der Wirtschaft tätig wären, durch eine ältere Arbeitskraft ersetzt werden müßten, — das Oberversicherungsamt Frankfurt sie hingegen in einer Entsch. vom 26. September 1919 (ArbVers. 36. Jahrg. S. 627) verneint, indem es die Feststellung, daß das Hauskind in der Wirtschaft seiner Eltern einen Arbeitsposten ausfülle, der sonst anderweit besetzt werden müßte, unter Hinweis auf die Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Krankheit versicherten Personen sowie insbesondere auf die Entsch. des Reichsversicherungsamts Nr. 1756 (Amtl. Nachr. 1913 S. 678) nicht für genügend erachtet, die allgemein als Regel geltende Vermutung zu entkräften, daß es sich bei dem in Frage stehenden Arbeitsverhältnis nur um ein auf dem Gemeinschaftsleben beruhendes familienrechtliches Verhältnis im Sinne des § 1617 BGB. handelt, nicht aber um ein Lohnarbeitsverhältnis, bei dem die Arbeit und der angebliche Lohn sich wie Leistung und Gegenleistung zueinander verhalten.

Auch die erkennende Beschlußkammer hat sich der Schwierigkeit der Frage durchaus nicht verschlossen. Sie hat insbesondere auch keineswegs verkannt, daß bei der ausgeprägten Lebensgemeinschaft gerade der bäuerlichen Familien jene allgemeine Vermutung an sich das Nächstliegende ist, und daß demgemäß auch im vorliegenden Falle das Arbeitsverhältnis des jungen Erich K. — wenigstens zunächst — nur als ein Verhältnis im Sinne des § 1617 BGB. erscheinen könnte, zumal ihm eine gewisse Ähnlichkeit mit dem in der reichsversicherungsamtlichen Entscheidung behandelten Arbeitsverhältnisse nicht abgesprochen werden kann. Wenn die Beschlußkammer hier gleichwohl zur Annahme eines aus dem Rahmen des § 1617 BGB. heraustretenden, versicherungspflichtigen Arbeitsverhält-

nisses gelangte, so glaubte sie dies gerade aus dem Grundgedanken dieser Vorschrift ableiten zu können, der, angewendet auf die Verhältnisse des gegenwärtigen Falles, ihres Erachtens zur Bejahung der vorliegenden Streitfrage führt.

§ 1617 BGB. bestimmt, daß das Kind, solange es dem elterlichen Hausstande angehört und von den Eltern erzogen oder unterhalten wird, verpflichtet ist, in einer seinen Kräften und seiner Lebensstellung entsprechenden Weise den Eltern in ihrem Hause und ihrem Geschäfte Dienste zu leisten. Aus der Vorschrift ergibt sich, daß zunächst die Gewährung des Unterhaltes von seiten der Eltern an das Hauskind erfolgt und erst dann, und zwar hieraus, als etwas mehr Nebengeordnetes folgend, die Dienstleistung des Kindes. Sonach bildet die Leistung der Eltern als solche die Vor- und Hauptleistung, die Dienstleistung des Kindes (und zwar ebenfalls als solche) gewissermaßen nur Nach- und Nebenleistung. Die erstere steht im Vorder-, die letztere im Hintergrunde. Daraus folgt, daß ein Verhältnis zwischen Eltern und Kind im Sinne des § 1617 BGB. dann nicht mehr vorliegt, wenn sich in bezug auf die Leistung der Tatbestand umkehrt, also einerseits die Dienstleistung des Kindes ihre nebengeordnete Bedeutung verliert und als selbständige Leistung in den Vordergrund rückt und anderseits die Unterhaltsleistung der Eltern als rein elterliche Leistung in den Hintergrund tritt und damit den Charakter als Gegenleistung, als Entgelt für die empfangenen Dienste bekommt. Daß hierbei der Unterhalt als solcher Entgelt (in dem hier maßgebenden Sinne) sein kann, ergibt sich ohne weiteres aus § 160 RVO., und es ist entgegen der vorinstanzlichen Ansicht völlig unerheblich, ob daneben ein Taschengeld regelmäßig oder unregelmäßig dem Kinde gewährt wird, um so mehr, als die im Unterhalte liegenden Naturalleistungen doch regelmäßig erfolgen.

Bei der Entscheidung der Frage, wann dieser letztere Tatbestand vorliegt, ist nun im wesentlichen die wirtschaftliche und soziale Stellung der Beteiligten ins Auge zu fassen. Daß zunächst im gegenwärtigen Falle der Sohn Erich K., der auf dem Gute seines Vaters als Wirtschaftsgehilfe tätig ist, eine volle Arbeitskraft ersetzt, kann nach dem Ergebnisse der Beweiserhebungen unbedenklich angenommen werden. K. selbst gibt zu, daß er, wenn er seinen Sohn nicht hätte, sich eine andere Arbeitskraft halten müsse. Das entspricht auch durchaus der Größe seines Gutes: 21 Acker Grund und Boden, mit 4 Kühen, 1 Kalb, 2 Pferden, 1 Fohlen und 2 Schweinen. Wenn die Vorinstanz dies aus dem Grunde verneint, weil K. sich während der Einziehung seines Sohnes nur einen Osterjungen gehalten habe, so trägt sie den Kriegsverhältnissen keine Rechnung, wo die Landwirte sich vielfach so behelfen mußten, weil eben fast alle älteren Leute zum Heeresdienst einberufen waren. So war denn auch der Osterjunge K. nur ein solcher Notbehelf.

Wenn nun hiernach auch die Größe des Gutes die volle regelmäßige Arbeitskraft des Sohnes erfordert, so ist doch anderseits diese Größe nicht von solcher Bedeutung, daß angenommen werden könnte, der Vater würde seinen Sohn zu Hause behalten und ihm Unterhalt gewähren, wenn er eben nicht die fremde Arbeitskraft ersetzte. Damit verliert aber die Tätigkeit des Erich K. die nebengeordnete Bedeutung des § 1617 BGB., sie tritt vielmehr als selbständige Leistung gegenüber der Unterhaltsgewährung in den Vordergrund. Ebenso würde Erich K. selbst bei seinem Alter von 19 Jahren, wo die Ausbildung in den Lebenskreisen, denen er angehört, als abgeschlossen gelten muß, wohl schwerlich im elterlichen Hause bleiben und sich von seinem Vater unterhalten lassen, wenn er dort nicht gebraucht würde; er würde sich dann anderwärts als Wirtschaftsgehilfe seinen Unterhalt verdienen. Daß er auch selbst sich nicht nur als Haussohn betrachtet, beweist der Umstand, daß er sich als Wirtschaftsgehilfe ausdrücklich bezeichnet und damit als Angehörigen eines bestehenden Berufs, beweist aber auch ferner, daß er bei Fuhren für seinen Vater Trinkgelder nimmt. Unter diesen Umständen muß aber auch der Unterhalt und das Taschengeld von jährlich 100 ℳ, das er von seinem Vater bekommt, als Gegenleistung für die von ihm seinem Vater geleisteten Dienste betrachtet werden.

Liegt somit nach allem zwischen Erich K. und seinem Vater ein Dienstverhältnis im Sinne von Leistung und Gegenleistung vor, so ist es auch nach § 165 Ziff. 1 RVO. versicherungspflichtig.

Vereinigung von Ortskrankenkassen.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 27. August 1920 („Volkswohlfahrt" S. 258).

In den §§ 264 und 265 RVO. sind die sachlichen Voraussetzungen für die Vereinigung von Allgemeinen Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen erschöpfend geregelt. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, so darf eine Vereinigung von Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen nicht stattfinden. Die einzige für die Vereinigung der Landkrankenkasse mit der Ortskrankenkasse hier in Betracht kommende Voraussetzung, nämlich der Beschluß des Beschlußausschusses des Versicherungsamts, daß ein Bedürfnis für das Fortbestehen der Landkrankenkasse nicht mehr vorliege (§ 264 Abs. 2), war im Augenblicke der Beschlußfassung des Oberversicherungsamts nicht erfüllt. Eine Nachholung dieser Beschlußfassung konnte nicht dazu führen, daß der Beschluß des Oberversicherungsamts hinterher gültig wurde.

Die Vereinigung von zwei allgemeinen Ortskrankenkassen ist nach § 265 a. a. O. nur zulässig, wenn diese Kassen im Bezirk desselben Versiche-

rungsamts liegen. Allgemeine Ortskrankenkassen in Bezirken verschiedener Versicherungsämter dürfen nicht vereinigt werden. Demgemäß ist der Beschluß, soweit die Allgemeine Ortskrankenkasse für den Landkreis E. mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse für den Stadtkreis E. vereinigt wird, gesetzwidrig. Eine Handhabe, diesen ungesetzmäßigen Beschluß zu beseitigen, ist leider im Gesetz nicht gegeben. Ich erwarte aber, daß das Oberversicherungsamt von selbst sich die Beseitigung dieses gesetzwidrigen Zustandes angelegen sein läßt.

Beschränkung der Familienhilfe auf die in bestimmten Bezirken lebenden Angehörigen ist unzulässig.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 10. Juni 1920 (2588 Amtl. Nachr. 1920 S. 379).

Die Beschwerde konnte nicht für begründet erachtet werden. Allerdings ist es richtig, daß, wie die Betriebskrankenkasse geltend macht, die Familienhilfe — wenigstens in der hier in Rede stehenden Art — eine Mehrleistung ist, daß die Satzung die Mehrleistung in dem vom Gesetze gegebenen Rahmen ihrem Umfang nach beliebig bemessen oder beschränken kann und daß im Hinblick auf die soziale Bedeutung der Familienhilfe ihre Einführung tunlichst zu erleichtern ist (zu vgl. Revisionsentsch. 2370, Amtl. Nachr. 1917 S. 541). Hier handelt es sich aber nicht um eine Begrenzung der Familienhilfe nach ihrem Umfang, sondern um ihre Beschränkung auf einen Teil der Kassenmitglieder. Mögen auch die Kassenmitglieder nicht unmittelbar der Familienhilfe teilhaftig werden, so sind sie doch die Träger des Anspruchs (zu vgl. Revisionsentsch. 2472, Amtl. Nachr. 1918 S. 424), und wenn die Satzung *die freie ärztliche Behandlung auf die im Bezirke der Stadt und des Amtes Rh. mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft lebenden versicherungsfreien Familienangehörigen der Versicherten beschränkt*, so wird der Anspruch auf diese Mehrleistung nur einem Teile der Kassenmitglieder eröffnet. Damit *verstößt die Satzung gegen den Grundsatz* der Krankenversicherung, daß alle Kassenmitglieder, unbeschadet der im Gesetze für einzelne Klassen zugelassenen Unterschiede (zu vgl. §§ 310, 451, 452 RVO.) gleich zu behandeln sind. Demgegenüber kann sich die Kasse nicht darauf berufen, daß die Beteiligung aller Kassenmitglieder an der Vergünstigung in Ermangelung des Abschlusses angemessener Arztverträge nicht sicherzustellen, daß also eine gleiche Behandlung und namentlich ein gleichmäßiges Verhältnis zwischen Beiträgen und Leistungen ohnehin nicht zu erreichen sei. Es kommt nicht darauf an, daß jedes Mitglied Leistungen erhält, die in einem bestimmten gleichen Verhältnis zu seinen Beiträgen stehen; dem steht schon entgegen, daß manche Mitglieder überhaupt keine Leistungen in Anspruch nehmen, weil bei ihnen der Versicherungsfall nicht eingetreten ist. Es handelt sich vielmehr darum, daß alle Mitglieder im Versicherungsfalle nach Maßgabe des Gesetzes gleichberechtigt sind. Ob, wann, wie und wo der Versicherungsfall eintritt, ist bei den einzelnen Kassenmitgliedern verschieden. Der Eintritt dieses Ereignisses und sein Umfang ist aber die Gefahr, gegen die alle Mitglieder, nach Klassen geordnet, gleichmäßig versichert sind, in diesem Sinne gilt der Satz: alle für einen, einer für alle. Hiernach liegt es im Sinne der Versicherung, daß ein Teil der Mitglieder die größeren Gefahren der anderen mitträgt, aber ebenso, daß die Lasten jenes Teils, wenn er selbst der Gefahr unterliegt, von den anderen mitgetragen werden, und zwar auch dann, wenn inzwischen sich die Verhältnisse geändert haben, also etwa die einen früher am Sitze der Kasse wohnenden Mitglieder außerhalb des Sitzes der Kasse, die anderen früher außerhalb wohnenden nunmehr am Sitze der Kasse wohnen. Diese Auffassung stimmt auch überein mit der Erklärung eines Regierungsvertreters in der zweiten Kommissionsberatung zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung (Bericht der 16. Komm., Druckf. Nr. 946, 2. Teil S. 102), wonach es als unzulässig zu bezeichnen sei, daß die Satzung die Familienhilfe auf die Familienangehörigen innerhalb des Kassenbezirkes beschränke. Ferner sei auf die Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 9. September 1886 (Entsch. Bd. 14 S. 343 ff.) verwiesen, wonach es über die den Ortskrankenkassen gestattete freie Bewegung hinausgeht, wenn die Gewährung freier ärztlicher Behandlung für erkrankte Familienangehörige nicht nur von gewissen, in der Person der Familienangehörigen beruhenden Voraussetzungen, sondern auch von der in der Person der Kassenmitglieder selbst beruhenden Bedingung abhängig gemacht wird, daß diese ihren Haushalt in einem bestimmten örtlichen Bereiche haben. Eine solche Bedingung wird aber im vorliegenden Falle gestellt, da die Gewährung der ärztlichen Behandlung davon abhängig gemacht wird, daß die erkrankten Familienangehörigen des Versicherten mit ihm in häuslicher Gemeinschaft im Bezirke der Stadt und des Amtes Rh. leben, d. h. also davon, daß auch das Mitglied in diesem Bezirke lebt. Auch *Hahn*, Handb. der Krankenvers. 8. und 9. Aufl. Anm. 2b zu § 205 und *Hoffmann*, Kommentar 5. Aufl. Anm. 4 Abs. 2 zu § 205 vertreten dieselbe Auffassung. Die Satzungsbestimmung der beschwerdeführenden Kasse hätte daher nicht genehmigt werden dürfen, und das Oberversicherungsamt hat mit Recht nachträglich die Änderung angeordnet. Die Beschwerde war demnach zurückzuweisen.

Umfang der Erstattungspflicht der Kasse bei selbstbeschaffter Krankenhauspflege.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) vom 30. Juli 1920 (IIa K. 63/20).

Der in dem angefochtenen Urteile und den ihm vorangegangenen Entscheidungen vertretene Rechtsgrundsatz, daß eine Krankenkasse zur Gewährung von Krankenhauspflege insbesondere im Spruchverfahren nicht gezwungen werden kann, entspricht der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (Revisionsentsch. 1935, 2191 und 2320, Amtl. Nachr. 1914 S. 818, 1916 S. 478 ff. und 1917 S. 388). Ob und inwieweit etwa soziale Gesichtspunkte im Verhalten der Krankenkasse außer Betracht geblieben sind, ist durch das Gesetz (§ 184 RVO.) und § 20 der Kassensatzung jeder Nachprüfung durch die Spruchbehörden der Reichsversicherungsordnung, insbesondere auch durch das Revisionsgericht entzogen.

Diese Behörden haben lediglich zu prüfen, ob die Krankenkasse ihren gesetzlichen und satzungsmäßigen Pflichtleistungen genügt habe. In dieser Hinsicht ist jedoch bisher nicht erörtert und geprüft, inwieweit in den vom Kläger beanspruchten Kosten der Krankenhauspflege auch die von der Beklagten grundsätzlich nicht bestrittenen nach § 19 der Kassensatzung zu erstattenden Kosten der Krankenhilfe enthalten sind (vgl. auch die Revisionsentsch. 2191 am Ende, Amtl. Nachr. 1916 S. 480), insbesondere neben dem Krankengeld auch diejenigen Kosten der ärztlichen Versorgung, welche in diesem augenscheinlich dringenden Fall als erstattungsfähig in Betracht kommen.

Da insofern das angefochtene Urteil an dem in unzureichender Aufklärung des Sachverhalts bestehenden wesentlichen Verfahrungsmangel und auf unrichtiger Gesetzesanwendung beruht, so war es aufzuheben und die Sache zur weiteren Prüfung an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen.

Gebühren für geburtshilfliche Leistungen der Ärzte.

Erlaß des **preußischen Ministers für Volkswohlfahrt** vom 20. August 1920 (Volksw. 1920 S. 304).

Wenn nach dem Schiedsspruch vom 2. Juni 1920 die Kassen für geburtshilfliche Leistungen einen Zuschlag von 400 v. H. zu gewähren haben, so bezieht sich dies nur auf die Fälle, in denen die Kasse verpflichtet ist, bei der Geburt die ärztliche Hilfeleistung in Natur zu gewähren. Dies ist nur der Fall, wenn und solange die Kasse von der Vorschrift des § 195c RVO. in der Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757)/30. April 1920 (RGBl. S. 853) Gebrauch gemacht hat. Den Kassen die gleiche Verpflichtung auch für den Fall aufzuerlegen, daß sie den Regeln des § 195a entsprechend ihren Mitgliedern bei der Niederkunft einen festen Pauschbetrag zahlen, konnte nicht Sache des Schiedsspruchs sein, zumal für einen solchen, das Gesetz abändernden Beschluß die Schiedsstelle gar nicht zuständig gewesen wäre.

Wegfall der Pflicht zur Fortzahlung der Beiträge (§ 397 Abs. 1 RVO.) durch Erledigung des Interesses an der Abmeldung.

Beschluß des **Versicherungsamts Hamburg** v. 26. Juni 1920 (1242/20 K.).

Der Antragsteller hat in seinem Glasereibetriebe den Gesellen N. vom 12. bis 16. Januar 1920 gegen einen Wochenlohn von 100 ℳ beschäftigt. Aus Unkenntnis — angeblich hat er zum erstenmal einen Gesellen beschäftigt — meldete er den Gesellen nicht auf dem vorgeschriebenen Vordruck an und ab, sondern auf einer Postkarte, die vom 14. Januar datiert, am 15. Januar befördert und am 16. Januar bei der Kasse eingegangen ist. Sie enthält die vollen Personalien des Versicherten, die bestimmte Erklärung der Abmeldung und Namen, Beruf und Wohnung des Arbeitgebers. Am 22. Januar forderte die Kasse den Antragsteller auf, die Meldung auf dem vorgeschriebenen Vordruck vorzunehmen. Die Kasse sandte ihm darauf die Beitragsrechnung für die Zeit vom 12. Januar bis zum März. Jetzt erst sandte er die formularmäßigen Meldungen ein, die am 3. April bei der Kasse eingingen. Die Kasse fordert daher auf Grund des § 397 RVO. die satzungsmäßigen Beiträge für die Zeit vom 12. Januar bis zum 3. April 1920 mit zusammen 72 ℳ.

Der Antragsteller hat die Zahlung verweigert und beantragt, die Kasse anzuhalten, die Beiträge nur für die Dauer der Beschäftigung zu berechnen.

Dem Antrage mußte entsprochen werden. Allerdings hat der Antragsteller die Abmeldung nicht in der durch die Bekanntmachung der Behörde für das Versicherungswesen vom 18. Dezember 1919 (Amtsblatt 2135) vorgeschriebenen Form vorgenommen. Er hat dies aus Unkenntnis unterlassen. Er hatte zweifellos als selbständiger Gewerbetreibender und Handwerksmeister die Pflicht, sich um die behördlichen Vorschriften für die Versicherung der Gesellen zu kümmern. Auch wenn er bisher noch keinen Gesellen hatte, so mußte er doch bei der Einstellung sich nach seinen Pflichten zur Durchführung der Versicherung, sei es bei seiner Innung, sei es bei dem Versicherungsamt, erkundigen. Die Außerachtlassung dieser Pflicht, die ihm sein Gewerbe auferlegt, ist ihm zur Schuld anzurechnen. Aber deshalb hat das Versicherungsamt auf Antrag der Kasse eine Ordnungsstrafe auf Grund des § 530 RVO. festgesetzt. Ganz unabhängig von dieser Strafe im Falle verschuldeter Verstöße gegen die Meldevorschriften verpflichtet § 397 RVO. außerdem den Arbeitgeber zur Fortzahlung der Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung. Dabei kommt es auf ein Verschulden des Arbeitgebers gar nicht einmal an. Den schweren Nachteil der weiteren Beitragszahlung bis zur ordnungsmäßigen Abmeldung will das Gesetz verhängen, um dadurch einen Zwang auf die Arbeitgeber zur ordnungsmäßigen Erfüllung

ihrer Pflicht auszuüben. Es handelt sich um eine strenge Verwaltungszwangsmaßnahme zur Sicherung und Durchführung der rechtzeitigen und richtigen Abmeldung (vgl. Entsch. des Reichsversicherungsamts 2054 vom 20. März 1915, Amtl. Nachr. 1915 S. 589, ArbVers. 1915 S. 711).

Aus der rechtlichen Natur und dem Zweck der Vorschrift als eines verwaltungsrechtlichen Zwangsmittels zur Durchführung der Abmeldung folgt aber, daß die Beitragspflicht mit dem Zeitpunkt entfällt, in dem die Kasse von der Beendigung der Beschäftigung zuverlässig Kenntnis erlangt hat, so daß sie in der Lage ist, den Versicherten in ihren Registern zu löschen. Denn damit entfällt das Verwaltungsinteresse an der Vornahme der Abmeldung in der richtigen Form. Daher erlischt die Beitragspflicht mit dem Tage, an dem z. B. die Kasse eine amtliche Mitteilung des Versicherungsamtes oder der Polizeibehörde von der Beendigung der Beschäftigung erhält (vgl. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 14. August 1915, Amtl. Nachr. 1915 S. 684 f. und die in der Zeitschrift: „Die Ortskrankenkasse" 1918 Nr. 2 abgedruckte Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. Oktober 1917).

Das gleiche muß aber auch in dem Falle gelten, in dem die Kasse durch eine formlose Mitteilung des Arbeitgebers unmittelbar so ausreichend und zuverlässig von dem Ende des Arbeitsverhältnisses Kenntnis erhält, daß sie daraufhin die Löschung vornehmen kann. Die Postkarte aber erfüllte diesen Zweck vollkommen. Daher darf die Kasse die Beiträge nur bis zum Tage des Eingangs der Karte erheben. Nicht berührt wird hierdurch die Pflicht des Arbeitgebers, die Meldung in der gehörigen Form noch nachträglich zu bewirken. Die Verletzung dieser im Interesse der geschäftlichen Ordnung liegenden Pflicht wird aber zur Genüge durch die Ordnungsstrafe nach § 530 RVO. geahndet.

B. Zur Angestelltenversicherung.

Verbüßung einer Freiheitsstrafe als Kriegsdienst.

Urteil des **Oberschiedsger. f. Angest. Vers.** vom 11. März 1920 (P. 171/19).

Die Frage, ob die Wartezeit erfüllt ist, hängt lediglich davon ab, ob die Zeit, während welcher der Versicherte eine militärische Gefängnisstrafe verbüßte, als Kriegsdienstzeit zu gelten hat. Das ist in Übereinstimmung mit den Vorinstanzen zu bejahen. Wie aus dem bei den Akten befindlichen Schreiben des Kriegsministeriums (Kriegsamts) vom 26. Juni 1919 und dem weiteren am 2. August 1919 bei dem Rentenausschuß eingegangenen Schreiben desselben Ministeriums hervorgeht, sind nach Auffassung dieser Behörde auch die eine militärische Gefängnisstrafe verbüßenden Soldaten als im Heeresdienst befindlich zu betrachten. Für diese Frage, die nach dienstlichen Gesichtspunkten und Vorschriften zu beantworten ist, ist, wie auch das Reichsversicherungsamt auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in ständiger Rechtsübung angenommen hat (zu vgl. Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, Ziff. 28; Begründung zur RVO. S. 391), die Auffassung des Kriegsministeriums als maßgebend zu erachten. Stand H. aber zur fraglichen Zeit im Heeresdienst, so leistete er auch mit Rücksicht auf den herrschenden Kriegszustand Kriegsdienste (zu vgl. auch K r a u s e, Kriegswochenhilfe, Anm. 15 zu § 1 der Bekanntm. vom 3. Dezember 1914). Überdies war seine Einziehung infolge des Kriegsausbruchs erfolgt, er befand sich zur Zeit der Strafverbüßung in Feindesland und wurde zudem zu Arbeiten im Interesse der Kriegführung herangezogen. Unterstützend kommt auch in Betracht, daß, wie das Schiedsgericht hervorhebt, die Gefängnisstrafe eine Folge der Unterstellung des zum Kriegsdienst Einberufenen unter die militärischen Strafgesetze ist und daher mit diesen Diensten in untrennbarem Zusammenhange steht. Die Wartezeit ist somit erfüllt.

Streit über die Versicherungspflicht im Rahmen des Feststellungsverfahrens.

Beschluß des **Oberschiedsger. f. Angest. Vers.** vom 5. März 1920 (P. 214/19).

Nach § 210 Abs. 1 VersGes. f. Angest. entscheidet bei Streit über die Beitragsleistung, wenn er nicht bei der Festsetzung der Leistungen hervortritt, der für den Beschäftigungsort zuständige Rentenausschuß und auf Beschwerde endgültig das Schiedsgericht. Hieraus folgt, daß dieses Verfahren für Beitragsstreitigkeiten dann nicht zulässig ist, wenn bereits die Festsetzung einer Leistung beantragt war. In solchen Fällen ist vielmehr der erhobene Anspruch in dem durch die §§ 229 ff. geregelten Feststellungsverfahren i n s e i n e m v o l l e n U m f a n g e zu erledigen und die etwa streitige Versicherungspflicht im Rahmen dieses Verfahrens zu prüfen. In diesem Sinne hat auch das Reichsversicherungsamt diese Frage für das Gebiet der Invalidenversicherung und Krankenversicherung beantwortet, indem es unter anderem erwogen hat, daß die gegenteilige Auffassung die Möglichkeit bieten würde, die Entscheidung über die Gewährung von Leistungen in den Fällen, in denen sie von der Versicherungspflicht abhängt, dem Spruchverfahren zu entziehen. Die Spruchbehörden dürfen deshalb auch nicht, wenn ein Spruchverfahren auf Gewährung von Leistungen anhängig wird und in

ihm über die Versicherungspflicht Streit entsteht, das Spruchverfahren zur Herbeiführung einer Entscheidung über die Versicherungspflicht aussetzen; sie haben vielmehr über diese Frage wie über alle Voraussetzungen des Anspruchs zu entscheiden (zu vgl. Entsch. 1980, 2018, Amtl. Nachr. des RVA. 1915, S. 385, 511 und die dort bezeichneten Entscheidungen).

Da vorliegend Frau H. einen Antrag auf Beitragserstattung geltend gemacht hat, so entbehrt das von den Vorinstanzen auf Grund des § 210 VersGes. f. Angest. durchgeführte Verfahren der gesetzlichen Grundlage. Daher war der angefochtene Beschluß des Rentenausschusses aufzuheben. Der Erstattungsanspruch der Frau H. wird nunmehr im Verfahren nach § 229 a. a. O. zu erledigen sein.

Sprechsaal.

Von der Eignung zum Mitglied des Oberversicherungsamts

handelt unsere Ausführung im Heft 19 S. 374. Eine Zeitschrift hatte sich dahin geäußert, daß zahlreiche Dezernentenstellen bei Regierungen usw. sich zur Besetzung mit mittleren Beamten eignen, so unter anderem auch beim Oberversicherungsamt das Dezernat für die Spruch- und Beschlußsachen. Hierbei war der Aufgabenkreis dieses Dezernats in fast unglaublich oberflächlicher Weise gekennzeichnet. Wir haben daher einiges zur Ergänzung nachgetragen und, daran anschließend, ausgeführt, daß es auch unter den mittleren Beamten solche gebe, die sich zur selbständigen Erledigung der in Betracht kommenden Geschäfte eignen, daß aber „als Regel“ für die Eignung zum Mitgliede des Oberversicherungsamts — wie zum Versicherungsamtmann — gewisse Anforderungen theoretischer Vorbildung zu stellen seien, wie sie für die Fähigkeit zum höheren Verwaltungsdienst oder zum Richteramt gestellt werden. „Hierauf — heißt es am Schlusse — gegenüber der oben mitgeteilten, zur Irreleitung geeigneten Bemerkung hinzuweisen und dadurch die beteiligten Beamten vor Selbsttäuschung und vor Enttäuschungen zu bewahren, dies ist der alleinige Zweck unserer Ausführungen.“

Herrn Fr. Bruns, Geschäftsführer der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Montabaur, haben unsere, wie kein Urteilsfähiger und Redlicher bestreiten wird, ruhig und sachlich gehaltenen Ausführungen so aus dem Häuschen gebracht, daß ihm alle Ruhe und Sachlichkeit abhanden gekommen ist, und er für angängig erachtet hat, in der „Ortskrankenkasse“ (1920 Sp. 510, 512) gegenüber unserer erwähnten Schlußbemerkung folgendes zu schreiben: „So, wie die Ausführungen der ArbVers. gehalten sind, haben sie bei vielen, nicht juristisch vorgebildeten, geschäftsleitenden Beamten der Krankenkassen übereinstimmend den Eindruck erweckt, als ob sie von einem Juristen im Interesse seines Standes zur Abwehr der Bestrebungen anderer Berufsbeamtenklassen geschrieben worden sind.“ Herr Bruns spricht nicht aus, daß er selbst zu denjenigen gehöre, die jenen Eindruck empfangen haben; deshalb wollen wir ihn nicht gleich zu jenem Pöbel werfen, der, weil für ihn persönliche Interessen das Maß aller Dinge sind, unfähig ist, bei anderen an andere Beweggründe als an eigensüchtige zu glauben. Herrn Bruns trifft also „nur“ der Vorwurf, sich zum Kolporteur jener Pöbelgesinnung und der Verdächtigung unserer Absichten gemacht zu haben. An anderer Stelle spricht er von dem „nicht erbetenen Rat“, den wir den nicht juristisch vorgebildeten Beamten gegeben hätten. Wir bezeugen ihm, daß er uns nicht gebeten hat; aber woher weiß er, daß wir auch von anderen, in gleicher Weise an der Frage Interessierten nicht angegangen worden seien, uns über die Bemerkungen jener Zeitschrift zu äußern? Es dürfte ihm doch nicht unbekannt sein, daß wir von seinen Berufsgenossen nicht nur in Fragen des objektiven Rechts, sondern auch in Fragen, die ihre persönlichen Berufs- und Standesinteressen betreffen, recht oft und ausgiebig zu Rate gezogen werden. Und was trägt es überhaupt zur Sache bei, ob wir zu unserer Äußerung und insbesondere zu der Warnung vor Selbsttäuschung und Enttäuschungen von irgendwem angeregt worden sind oder nicht? Herr Bruns scheint von dem Beruf und den Pflichten einer sozialrechtlichen Zeitschrift eine seltsame Vorstellung zu haben, wenn er meint, sie habe, wie ein Flickschuster, nur auf Bestellung zu arbeiten, und sie habe zu schweigen, wenn sie nicht gefragt werde!

Auf der gleichen Höhe wie die mehr in das Gebiet des Persönlichen gehörenden Entgleisungen des Herrn Bruns stehen seine — sozusagen — sachlichen Bemerkungen. Gleich im Eingange der Entgegnung auf unsere Ausführungen steht eine echte Perle, ein Satz, der die Begriffsverwirrung, von der alles Folgende beherrscht wird, dem denkenden Leser völlig enthüllt: „Die Rechtswissenschaft in Ehren, aber ein Jurist ohne gründliche versicherungstechnische Vorbildung, also ohne vertiefte Kenntnis des Systems des Versicherungsrechts, ist in der Reichsversicherung ein tönendes Erz und eine klingende Schelle.“ Dieses „also“, wodurch die versicherungs**technische** Vorbildung der Kenntnis des Rechts**systems** gleichgesetzt oder doch als Voraussetzung einer „vertieften“ Kenntnis des Rechtssystems hingestellt ist, beweist, daß unser Kritiker keine blasse Ahnung davon hat, was es mit dem „System“ des Rechts überhaupt oder eines bestimmten Rechtsgebietes für eine Bewandtnis hat, und daß er sich von der Bedeutung und dem Werte „systematischer“ Kenntnisse auch nicht einmal eine annähernde Vorstellung machen kann. Diese unsere Replik kann nicht der Ort sein, jener Ahnungslosigkeit abzuhelfen. Es sei nur bemerkt, daß „technische“ Vorbildung und „systematische“ Rechtskenntnis begrifflich durchaus verschiedene Dinge sind; diese wird auch nicht „vertieft“ durch jene. Wohl aber sollen beide nebeneinander vorhanden sein, um die Fähigkeit zu erzeugen, an leitender Verwaltungsstelle mit dem Beruf zur Rechtsprechung in wichtigen Sachen ersprießlich zu wirken. Diese Fähigkeit — so haben wir bemerkt — „wird der Regel nach nur durch ein geregeltes Rechtsstudium **und** praktische Vorbereitung erworben“. Herr Bruns meint, wir hätten das letztere Erfordernis nicht mit diesen „mageren“ Worten abtun dürfen. Diese Bemängelung hängt mit dem krausen Durcheinander der

vorangegangenen Ausführungen zusammen, in denen Herr Bruns das Lob dessen, was die nicht juristisch vorgebildeten Beamten „allen theoretischen Erwägungen zum Trotze“ (!) tatsächlich leisten, mit Einwendungen gegen die „Überallverwendbarkeit“ der Juristen durcheinanderwirrt — wobei er übersieht, daß diese letztere Frage gar nicht zur Erörterung stand, und daß sie mit der allein zu erörternden Frage der Eignung mittlerer Beamten für leitende Stellen im Dienste der Reichsversicherung, insbesondere bei den Oberversicherungsämtern, nichts zu tun hat, daß wir also, wenn wir nicht in den Fehler des Herrn Bruns verfallen wollten, keinen Anlaß hatten, auf jene andere Frage näher einzugehen. Hätte es sich um die Eignung der Juristen für leitende Stellen im Dienste der Reichsversicherung gehandelt, so hätten wir — gewiß im Einverständnis mit unserem Herrn Gegner — zwei Anforderungen befürwortet: daß der Anwärter sich über hinreichende systematische Rechtskenntnis auch auf dem Sondergebiete der Reichsversicherung ausweist*) und daß er sich auch mit der praktischen Handhabung des Versicherungsrechts im Dienste von Versicherungsträgern oder Versicherungsbehörden vertraut gemacht haben muß.

Noch ein Satz aus der Entgegnung des Herrn Bruns soll der Vergessenheit entrissen werden: „Allein das Reichsversicherungsamt legt aber Rechtsgrundsätze fest; haut also das Oberversicherungsamt in einer Rechtsauffassung einmal daneben, was auch schon juristisch geschulten Mitgliedern passiert ist, dann ist das kein Unglück.“ Der Sinn dieser Bemerkung ist schwer zu verstehen. Weil das Reichsversicherungsamt Rechtsgrundsätze festlegt, soll es kein Unglück sein, wenn das Oberversicherungsamt einmal danebenhaut, also z. B. auch, wenn es diese Rechtsgrundsätze verkennt? Diese durch die Wortfassung nahegelegte Auslegung ergibt einen solchen Widersinn, daß wir ihn wohl nicht als die Meinung des Verfassers ansehen dürfen. Vielleicht also hat er hinweisen wollen auf die unter den Voraussetzungen der §§ 1693, 1799 RVO. gebotene Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt in Fällen, in denen das Oberversicherungsamt endgültig zu entscheiden hätte. Allein, wenn das Oberversicherungsamt hiernach verfährt, so haut es doch nicht daneben. Also kann nur gemeint sein, daß es kein Unglück ist, wenn das Oberversicherungsamt ein Fehlurteil fällt, auch wenn seine Entscheidung endgültig ist. Wir begnügen uns, diese Meinung als frivol zu bezeichnen.

Nochmals sei es gesagt: Wir gönnen den mittleren Verwaltungsbeamten, insbesondere auch vielen bewährten Kassenbeamten, jede Möglichkeit des Aufstiegs in höhere Dienststellen, für die sie sich nach ihren tatsächlichen Leistungen eignen — auch Herrn Bruns. Nur gestatten wir uns, für ihn den besonderen „nicht erbetenen“ Rat anzufügen: er möge, wenn er in die Lage käme, sich über seine Leistungen ausweisen zu sollen, sich nicht etwa einfallen lassen, auch auf seine literarische Leistung in der Nr. 19 der „Ortskrankenkasse“ vom 1. Oktober 1920 Bezug zu nehmen.

*) In diesem Zusammenhange ist die neuerdings vielfach mit Recht erhobene Forderung zu erwähnen, daß für dieses Gebiet besondere Lehrstühle an den Hochschulen zu errichten seien, und daß auch die Prüfung der Juristen sich auf dieses Rechtsgebiet mit zu erstrecken hätte.

Lohnstufe und Krankengeld für Kurzarbeiter.

Die baren Leistungen der Kassen werden nach einem in der Satzung gem. § 180 RVO. festgesetzten Grundlohn bestimmt. In welche Lohnstufe der einzelne Arbeitnehmer gehört, bestimmt sich nach seinem Entgelt. Ist dieser nicht für den einzelnen Tag, sondern nach größeren Zeitabschnitten bemessen, so ist der gesamte Entgelt für diese Zeit durch die Zahl der in sie fallenden Arbeitstage zu teilen. Findet die Beschäftigung nur an bestimmten Tagen der Woche statt, so ist der für einen größeren Zeitabschnitt bemessene Lohn durch die Zahl der in den Abschnitt fallenden Arbeitstage zu teilen und so der Tagesentgelt zu ermitteln.

Die wirtschaftlichen Verhältnisse bringen es mit sich, daß in zahlreichen Betrieben die Arbeitszeit auf 24 und noch weniger Wochenstunden herabgesetzt werden muß. Dadurch ermäßigt sich naturgemäß der tägliche Arbeitsverdienst der einzelnen Arbeitnehmer und es ist daher eine Lohnänderungsanzeige geboten; hiernach ermäßigen sich die Beiträge und Leistungen. Anderseits können diese Versicherten nach § 382 RVO. in ihrer älteren höheren Klasse versichert bleiben, wenn sie den Mehrbetrag des Beitrages selbst übernehmen oder der Arbeitgeber zustimmt, sofern diese Bestimmung in die Satzung aufgenommen ist, was unbedingt zu empfehlen sein dürfte; denn es wäre unbillig, wenn Arbeiter, die jahrelang höhere Beiträge bezahlt haben, wegen vorübergehender Ermäßigung des Arbeitsverdienstes in Zeiten wirtschaftlichen Tiefstandes ein geringeres, den geleisteten Beiträgen nicht entsprechendes Krankengeld erhalten würden. Zweckmäßig wird es allerdings sein, die Zustimmung des Arbeitgebers einzuholen und mit diesem zu vereinbaren, daß er die bisherigen Beiträge weiter entrichtet und mit den Arbeitnehmern verrechnet.

In manchen Betrieben wird nur schichtweise, d. h. mit mehrtägiger Unterbrechung, gearbeitet, so daß z. B. jede Woche nur ein Teil der Arbeiter beschäftigt ist, während der andere Teil in der folgenden Woche wieder arbeiten kann. Eine Lohnänderung tritt in diesem Falle nicht ein. Das Beschäftigungsverhältnis darf wohl als fortbestehend erachtet werden; soweit die Arbeit für kürzere Zeit als eine Woche unterbrochen wird und die Beiträge fortbezahlt werden, kann die Meldung nach § 317 RVO. ohnehin unterbleiben. Das Krankengeld kann nur für jeden Arbeitstag sowie, wenn es die Satzung vorsieht, auch für Sonn- und Feiertage gewährt werden. Arbeitstag in diesem Sinne ist jeder Tag, an welchem der Versicherte nach der allgemeinen Ordnung des Betriebes zu arbeiten oder sich zur Verfügung des Arbeitgebers zu halten hatte. Daß der Versicherte aus besonderen Gründen, also nicht wegen der Art des Beschäftigungsverhältnisses, gefeiert haben würde, z. B. wegen Ruhen des Betriebes infolge vorübergehenden Mangels an Arbeitsgelegenheit, nimmt dem Tage nicht die Eigenschaft des Arbeitstages.

Ob an einem Tage längere oder kürzere Zeit gearbeitet wird, ist für den Begriff des Arbeitstages ebenfalls ohne Belang. K. P.

Gefangenschaft und Reichswehrdienst als Ersatztatsachen.

Nach § 1281 Ziff. 1 RVO. zählen als Wochenbeiträge im Sinne des § 1280 RVO. auch Militär-

dienstzeiten. Für die Beurteilung des Begriffes der militärischen Dienstzeit ist die auf die Bestimmungen der (nun durch das Gesetz vom 21. 8. 20 aufgehobenen) Wehrordnung gegründete Auffassung der militärischen Behörden maßgebend (Amtl. Nachr. 1902 S. 399 Ziff. 977). Von den militärischen Behörden wird auch die unverschuldete Kriegsgefangenschaft als Militärzeit angesehen. Da als Tag des Friedensschlusses der 10. 1. 1920 zu gelten hat (Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers vom 25. Mai 1920, ArbVers. 1920 S. 347), aber die Mehrzahl unserer unverschuldet in Kriegsgefangenschaft geratenen Feldzugsteilnehmer bekanntlich erst im Laufe des Frühjahrs 1920 in die Heimat zurückkehrte und unsere Wehrmacht nunmehr durch die Reichswehr repräsentiert wird, steigen manchmal Zweifel auf über die Anwendung der betreffenden Bestimmungen der RVO. (§§ 1281 und 1393). Es mag daher folgendes festgestellt werden:

1. Die Reichswehr setzt sich zusammen aus angeworbenen und auf Vertrag eingestellten Personen. Auch erklärt das oben angeführte Gesetz vom 21. 8. 20 in seinem § 1: Die allgemeine Wehrpflicht ist abgeschafft. Es ist also ohne weiteres klar, daß eine Anrechnung der Dienstzeit bei der Reichswehr als Ersatztatsache nicht mehr in Frage kommen kann. (Ob der Dienst bei der Reichswehr als Beschäftigungs- und Lohnverhältnis im Sinne des § 1226 Abs. 2 RVO. sich darstellt und daher das Reich die Pflichten des Arbeitgebers nach der RVO. zu übernehmen hat, mag dahingestellt bleiben.)

2. Unsere unverschuldet in Kriegsgefangenschaft geratenen Feldzugsteilnehmer sind entweder auf Grund der Wehrpflicht eingezogen worden oder haben doch in Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet. Es würde daher allen Rechtsnormen zuwiderlaufen, wenn jenen unter ihnen, deren Heimtransport infolge der Maßnahmen unserer Gegner bis über den 10. 1. 20 hinaus sich verzögert hat oder noch weiter verzögern wird, die Zeit nach diesem Termin nicht als Ersatztatsache angerechnet werden würde. Vielmehr wird die gesamte Zeit der unverschuldeten Kriegsgefangenschaft als in Erfüllung der Wehrpflicht verbracht oder als freiwillige militärische Dienstleistung angesehen und also als Ersatztatsache angerechnet werden müssen. (Der § 1 des oben angeführten Gesetzes ist in seinem zweiten und dritten Satz nicht sehr glücklich und zu allgemein gefaßt, ein Fehler, der schon des öfteren in der Literatur gerügt worden ist. Es wäre Sache der Gesetzgebung, die „entgegenstehenden Bestimmungen" formell einzeln aufzuheben.)

Hans Dehm,
Assistent beim Städt. Versicherungsamt Bayreuth.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Vom 31. Berufsgenossenschaftstag.

Der Verband der deutschen gewerblichen Berufsgenossenschaften hatte den diesjährigen ordentlichen Berufsgenossenschaftstag auf den 17. und 18. September nach Würzburg berufen. — Die bevorstehende Neuordnung der Sozialversicherung, die auch die Berufsgenossenschaften nicht unberührt lassen wird, verlieh auch der Würzburger Tagung ein besonderes Gepräge. Zahlreiche Vertreter der Regierung, der Behörden, der größeren wirtschaftlichen Verbände und von Reichstagsmitgliedern aus allen Parteien waren erschienen. Der Vorsitzende des Verbandes, D. Spiecker-Berlin, wies in seiner Begrüßungsansprache auf die Bedeutsamkeit der diesmaligen Tagung hin und erstattete den Geschäftsbericht. Es ist daraus hervorzuheben, daß der Verband von den Behörden, dem Reichsarbeitsministerium und dem Reichsversicherungsamt in allen einschlagenden Fragen gutachtlich gehört worden ist, daß wichtige organisatorische Fragen, wie die Ausbreitung der örtlichen Vereinigungen berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen und die Bildung provinzieller Arbeitsgemeinschaften der Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten den Verband beschäftigt haben, daß insbesondere auf dem Gebiet der Unfallverhütung und der Heilfürsorge mit größtem Eifer weitergearbeitet worden ist. Daneben haben die durch den Friedensvertrag von Versailles notwendig gewordenen neuen Abkommen mit Belgien, Italien, Frankreich, Polen, der Tschechoslowakei, Deutsch-Österreich, dem Saar- und Memelgebiet und dem Freistaat Danzig die tätige Mitwirkung des Verbandes in Anspruch genommen; im allgemeinen ist dabei der Grundsatz „Der Unfall folgt dem Betriebe" zur Durchführung gelangt. Bei der geplanten Reform des ärztlichen Studiums wird sich der Verband dafür einsetzen, daß auch das öffentliche Versicherungswesen zum Prüfungsgegenstand erhoben wird; bei der Reform des juristischen Studiums erstrebt der Verband die Vertretung des Sozialversicherungsrechts als besondere Disziplin in den Lehrkörpern der Universitäten. Erwähnt wird auch die Tatsache, daß bei der Bildung des vorläufigen Reichswirtschaftsrates die gesamte Sozialversicherung vergessen wurde, daß aber auf Vorstellung des Verbandes Remedur insoweit erfolgt ist, als ihre Vertreter wenigstens als Sachverständige sollen zugezogen werden können.

Über die Hauptsache der Tagung „Die Bedeutung der Berufsgenossenschaften für die Volkswirtschaft und ihre Stellung in der künftigen Sozialversicherung" berichtete Professor Dr. Moldenhauer-Köln, Mitglied des Reichstages. Er zeigte, daß der Ausgangspunkt unserer ganzen Sozialversicherungsgesetzgebung die Unfallgefahr der großen gewerblichen Betriebe gewesen ist, daß sich der Gedanke, daß die Fürsorge für die Betriebsunfälle eine soziale Pflicht der Unternehmer sei, und daß sie zu diesem Zwecke in korporative Versicherungsverbände zusammenzufassen seien, durchgerungen habe, und zwar nicht nur bei der damaligen Reichsregierung, sondern auch im deutschen Unternehmertum selbst. Die Industrie müsse aber gegen vielleicht wohlgemeinte Mißgriffe geschützt sein, welche die Ertragsfähigkeit der betreffenden Industriezweige gefährden und die Leistungsfähigkeit des Betriebsunternehmers ignorieren. Die Berufsgenossenschaften seien im wirklichen Leben wurzelnde, jeder bureaukratischen Enge entbehrende Gebilde. Heute dagegen werde teils aus Vereinheitlichungsfanatismus, teils aus politischer Voreingenommenheit der Versuch gemacht, sie auszumerzen; man wolle die soziale Fürsorge entweder gänzlich dem Staate übertragen oder doch eine Sozialreform herbeiführen, die die Genossenschaften zur Bedeutungslosigkeit herabdrücken oder doch ihre bisherige Selbstverwaltung antasten müßte. Erfreulicher-

weise widerstrebe auch die Reichsverfassung dem Gedanken einer allgemeinen Staatsfürsorge, und so werde auch in Zukunft die soziale Fürsorge sich des organisatorischen Mittels der Versicherung bedienen. Hier aber setzen die auf Verschmelzung der drei heutigen Versicherungsträger gerichteten Bestrebungen ein. Man mache geltend, unser heutiges Rechtsbewußtsein wende sich gegen die Verschiedenheit der Entschädigung für Unfälle und für Invalidität. Eine solche Gleichmacherei würde aber nicht nur finanziell undurchführbar sein, sondern auch in der Konsequenz zu einem Wiederaufleben des alten Haftpflichtgedankens mit allen seinen traurigen Erscheinungen führen, und wir würden wieder da ankommen, wo wir 1881 standen. Bisher habe unsere Sozialversicherung in jedem Sinne eine führende Stellung in der Welt eingenommen; hier würde der erste bedenkliche Rückschritt getan. Wollte man nach dem Vorschlage des Nürnberger Gewerkschaftskongresses vom Juli 1919 verfahren, so würde eine Überorganisation geschaffen werden, die die Berufsgenossenschaften zu einem Schattendasein verurteilt. In seiner Abhandlung über „Wiederaufbau und Sozialversicherung" vertrete auch der Präsident des Reichsversicherungsamts, Dr. Kaufmann, ausdrücklich den Standpunkt, daß man die Berufsgenossenschaften mit der Entziehung der Unfallverhütung ihrer vornehmsten Aufgabe zum Nachteil der Betriebssicherheit und zum Schaden für Leben und Gesundheit der Arbeiter entkleiden und die mühsam errungenen Erfolge von Jahrzehnten preisgeben würde. — Ein engeres Zusammenarbeiten der einzelnen Genossenschaften, wie der Träger der Sozialversicherung überhaupt, sei wünschenswert, aber auch heute schon dadurch anerkannt, daß Vereinigungen der berufsgenossenschaftlichen Verwaltungen in der Bildung begriffen sind, und in einigen Bezirken auch schon ein verheißungsvolles Zusammenarbeiten aller Versicherungsträger stattfindet. Den größten Schaden einer Unterbrechung der bisherigen Entwicklung würden die Versicherten selbst haben, aber auch die Industrie würde davon wesentlich betroffen werden. Der Zusammenschluß der Unternehmer, den die moderne Entwicklung und der Krieg und die Nachkriegszeit nötig gemacht haben, sei, wie das Beispiel der Bildung des Arbeitgeberverbandes der chemischen Industrie beweise, durch die Berufsgenossenschaften vorbereitet und eingeleitet worden. Selbstverständlich werde diese Entwicklung nicht stillstehen. Wenn die Arbeiterschaft die Mitwirkung der Versicherten innerhalb der berufsgenossenschaftlichen Verwaltungen verlange, weil sie u. a. der einseitigen Rentenfestsetzung durch die Unternehmer mißtrauisch gegenüberstehe, so sei dieses Mißtrauen zwar ungerechtfertigt; indessen bestehe kein Grund, diesem Verlangen zu widerstreben, eben weil die Genossenschaften das Licht des Tages nicht zu scheuen hätten. In materieller Hinsicht bestehe in Zukunft den Berufsgenossenschaften eine Fülle weiterer zu lösender Aufgaben bevor; eines der wichtigsten Probleme sei die Anpassung der Leistungen an die gesunkene Kaufkraft des Geldes. Dem Heilverfahren werde ganz besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden sein. Die Entwicklung der berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung sei durchaus noch nicht abgeschlossen. Bringe man die Berufsgenossenschaften zu Falle, so würden auch für den wirtschaftlichen Wiederaufbau sehr wertvolle Zusammenhänge in der Industrie gelöst und eine Erbitterung erzeugt werden, die das wirtschaftliche Schaffen auf das ungünstigste beeinflussen müsse; den Hauptschaden aber würden die Versicherten zu tragen haben.

Geh. Kommerzienrat Konrad v. Borsig, Vorsitzender der Nordöstlichen Eisen- und Stahl-B. G., hob als Mann der Praxis noch besonders die Gefahren hervor, die das Werk der deutschen Sozialversicherung bedrohen, wenn die Berufsgenossenschaften beseitigt werden und an ihre Stelle ein starrer Bureaukratismus allein die soziale Fürsorge bei den Arbeitnehmern versehen sollte. Dagegen begrüßte er die in einzelnen Bezirken, so in Rheinland-Westfalen und Groß-Berlin bereits vollzogene Gründung von Arbeitsgemeinschaften der Reichsversicherungsträger.

Der sich an die Vorträge anschließenden Erörterung lag eine Entschließung zugrunde, welche die Auffassung und die Vorschläge der Berichterstatter zusammenfassend zum Ausdruck brachte. — Staatssekretär im Reichsfinanzministerium Moesle knüpfte an seinen Dank für die freundliche Einladung und Begrüßung einige kurze grundsätzliche Bemerkungen allgemeiner und finanzieller Natur. Auch der staatlichen Betätigung seien Schranken gesetzt, weite Gebiete des öffentlichen Lebens eigneten sich nicht zur staatlichen und bureaukratischen Regelung. Zumal in Zeiten, wie den heutigen, sei es nicht wohlgetan, ein berufsgenossenschaftliches Prinzip durch ein bureaukratisches zu ersetzen. In diesem Sinne wünsche er den Berufsgenossenschaften nicht nur Dasein, sondern Leben. — An der weiteren Erörterung nahmen insbesondere zahlreiche Vertreter von Verbänden teil. Die vorgeschlagene Entschließung gelangte einstimmig zur Annahme.

Der 2. Tag der Verhandlungen brachte Berichte des Justizrats Wandel-Essen über das Zusammenwirken der Versicherungsträger in provinziellen Arbeitsgemeinschaften, und des Verwaltungsdirektors Lohmar-Köln über neuzeitliche Fragen des Heilverfahrens und der Heilfürsorge. Eine Entschließung, welche die Bildung solcher freien Arbeitsgemeinschaften empfiehlt, um unter Wahrung der bewährten Selbstverwaltung ein planmäßiges Zusammenwirken der verschiedenen Träger der Reichsversicherung zu fördern, sowie eine Entschließung, welche gegen den Versuch, das Heilverfahren durch eine uneingeschränkte Verordnungsbefugnis einer zentralen Stelle zwangsweise zu reglementieren, nachdrücklichen Widerspruch erhebt, wurden einstimmig angenommen. Über die Mitwirkung der Versicherten bei der Rentenfestsetzung berichtete Kommerzienrat Dr. Mauritz-Dortmund. Hier wurde ein Beschluß von grundlegender Bedeutung gefaßt, der, obwohl ein sachlicher Grund zur Änderung des geltenden Rechts in diesem Punkt nicht anerkannt wurde, den Berufsgenossenschaften die Heranziehung der Versicherten zum Verfahren der Entschädigungsfeststellung im Interesse des sozialen Friedens empfiehlt, um ihnen Gelegenheit zu geben, sich in praktischer Mitarbeit von der Sachlichkeit und Angemessenheit der Entschädigungsfeststellung zu überzeugen. Nachdem noch, nach einem Bericht des Direktors Wenzel-Berlin, die Errichtung einer Zentralstelle für Unfallverhütung grundsätzlich einstimmig gutgeheißen war, wurden die Verhandlungen geschlossen.

Von der Hauptversammlung des Verbandes der Hauspflege.

Die Hauptversammlung des Verbandes der Hauspflege, die am 27. September in Jena stattfand, beschäftigte sich mit der Ausgestaltung und Finanzierung der Hauspflege sowie mit der Auswahl, Vorbildung und Entlohnung der Pflegerinnen und Ausdehnung der Pflegen auf den Mittelstand. Die eingehende Aussprache, an der sich Vertreter von Vereinen und städtischen Behörden beteiligten, zeitigte folgende Entschließung:

1. Hauspflege, Sorge für Haushalt, Mann und Kinder in Zeiten vorübergehender Verhinderung der Hausfrau ist ein wichtiges Mittel im Kampfe für die Volksgesundheit, und es ist unbedingt zu fordern, daß die Leistung der Hauspflege nirgends wegen Erschöpfung der Mittel der Vereine oder aus anderen Gründen abgebaut wird, im Gegenteil ist sie gerade in der jetzigen Zeit der geschwächten Gesundheit auszubauen wo sie besteht und neu einzurichten, wo sie noch fehlt.

2. Gut arbeitende Vereine sind die geeignetsten Träger der Hauspflege. Anlehnung an die Gemeinde ist erwünscht. Die volle Kommunalisierung bestehender Vereine erscheint unzweckmäßig. In Orten, in denen bisher keine Vereine bestehen, ist von den Organisationen privater oder öffentlichen Wohlfahrtspflege die Hauspflege einzurichten und unter Heranziehen von Gemeinde, Krankenkassen, Betrieben, Werken usw. durchzuführen.

Der Sitz des Verbandes ist Frankfurt a. M., der neugewählte Vorstand sind: Frau Hella Flesch, Frankfurt a. M., Rüsterstr. 20; Frau Clara Schloßmann, Düsseldorf; Frau Clemy Heymann, Augsburg, Völkstr. 24.

Allgemeine Ruhegehaltsversicherung Deutscher Krankenkassen (Sitz Weimar)

teilt mit, daß der Anstalt am 30. September 1920 101 Krankenkassen mit 404 Beamten und Angestellten angeschlossen waren, und daß ihr Vermögen an diesem Tage 762 034,67 *M* betrug.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Undurchführbarkeit des Erstattungsanspruchs aus § 197 RVO. begründet nicht Ablehnung der Wochenhilfe.

1. **Nach Guhrau.** Frage: Ein Kassenmitglied, das zwei Monate unserer Kasse angehört, ist entbunden und stellt Antrag auf Wochenhilfe. Vor der Anmeldung zu unserer Kasse war die Wöchnerin bei einer im abgetretenen Gebiet liegenden Kasse Mitglied. Von diesen Kassen ist es nicht möglich, Mitgliedsbescheinigungen zu erhalten; ebenso ist es unmöglich, daß diese Kassen uns die auf sie entfallenden anteiligen Kosten gemäß § 197 RVO. infolge der Geldsperre erstatten. Kommt in diesen Fällen Wochenfürsorge gemäß § 17 des Gesetzes vom 26. September 1919 in Frage?

Antwort: Es ist nicht vorgeschrieben, daß die Voraussetzung hinreichend langer Vorversicherung für den Anspruch auf Wochenhilfe (§ 195a RVO.) nur durch Bescheinigungen der früheren Kassen bewiesen werden könne. Es muß versucht werden, diese Voraussetzung durch andere Mittel, z. B. durch Zeugnisse glaubwürdiger Personen oder etwa durch Bescheinigungen der Arbeitgeber oder durch vorhandene Quittungskarten über Invalidenversicherung usw. hinreichend wahrscheinlich zu machen. Erst wenn dies nicht gelingt, kann die Wöchnerin auf den Anspruch auf Wochen*fürsorge* verwiesen werden. Gelingt dagegen der Beweis jener Voraussetzung, so kann die Kasse die Gewährung der Wochenhilfe nicht deshalb ablehnen, weil sie keine Möglichkeit hat, ihren Anspruch auf anteiligen Ersatz nach § 197 RVO. zu verwirklichen.

Entbindung während des Bezuges von Krankengeld.

2. **Nach Kaufbeuren.** Antwort: Krankheit und Wochenbett bilden zwei verschiedene Versicherungsfälle. Daher endet die Wochenhilfe nicht deswegen, weil die Dauer der Krankenunterstützung abgelaufen ist. Hier ist an sich das Wochengeld ohne Rücksicht auf einen gleichzeitig laufenden Krankheitsfall für vier Wochen vor und sechs Wochen nach der Entbindung zu zahlen (§ 195a Ziff. 2 RVO. in der Fassung v. 22. 5. 20 in der ArbVers. S. 348). Allerdings läuft das Krankengeld weiter, wenn die Wöchnerin es schon vor der Entbindung bezog, so daß hier das Krankengeld zugleich das Wochengeld ist; dieses wird dann nicht etwa noch besonders gewährt (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 7 zu § 195). In dem geschilderten Falle, in welchem die Entbindung am 7. September stattfand, endet der Krankengeldbezug am 1. Oktober; es muß dann noch vom 2. bis 19. Oktober, das heißt bis Ende der 6. Woche nach der Entbindung, Wochengeld gezahlt werden.

Anspruch auf Familienwochenhilfe nach der alten Fassung des § 205a RVO.

3. **Nach Hildesheim.** Frage: Ein Hilfszahlmeister ist am 29. 2. 20 aus dem Heeresdienst ausgeschieden und am 1. 3. 20 als Hilfsarbeiter bei der Reichsbank eingetreten. Er hat vor und nach dem 1. 3. 20 ein Einkommen von über 4000 *M* gehabt. Am 15. 4. 20 ist ihm ein Kind geboren. Seine Ehefrau gehört keiner Krankenkasse an. Besteht ein Anspruch auf Wochenhilfe und eventuell auf Grund welcher Bestimmung?

Antwort: Die Frage ist nach dem Rechte zu beurteilen, das am 15. 4. 20, dem Tage der Entbindung galt. Damals war der Ehemann bereits Hilfsarbeiter bei der Reichsbank und als solcher Pflichtmitglied der Allgem. Ortskrankenkasse. Für die Anwendung des § 205a RVO. war damals noch nicht die neuere Fassung des Wochenhilfegesetzes

maßgebend (ArbVers. 1920 Heft 18 S. 348), die den Anspruch auf Familienhilfe davon abhängig macht, daß der Versicherte im letzten Jahre mindestens sechs Monate hindurch gegen Krankheit versichert gewesen ist (§ 205a Abs. 3 der neuen Fassung), sondern es galt damals noch die Fassung vom 26. 9. 19 (vgl. § 27 Abs. 2 der neuen Fassung), nach der die Gewährung der Familienwochenhilfe nicht an eine entsprechende Voraussetzung geknüpft war. Der Anspruch ist also im vorliegenden Falle begründet. Auf die Frage, ob eine der Kriegsverordnungen anwendbar sein würde, wenn der Anspruch nicht begründet wäre, braucht hiernach nicht eingegangen zu werden.

Ersatzanspruch des Armenverbandes wegen Kranken- und Wochenhilfe.

4. **Nach Bremerhaven.** Frage: Die Arbeiterin Anna S., Mitglied unserer Krankenkasse hier, mußte am 30. November 1919 nachts wegen Schwangerschaftsbeschwerden in das städtische Krankenhaus aufgenommen werden. Sie ist dort am 4. Dezember 1919 von einem toten Kinde operativ entbunden worden. Später trat Wochenbettfieber hinzu. Sie wurde bis zum 18. Februar 1920 im Krankenhause verpflegt. Die Kosten dieser Pflege mit täglich 5 ℳ, für 81 Tage 405 ℳ, hatte der Ortsarmenverband vorläufig übernommen, da die Einweisung in das Krankenhaus ohne Genehmigung der Kasse erfolgte. Der Armenverband ließ sich von der S. das ihr zustehende Wochengeld abtreten. Die Kasse erklärte sich zur Zahlung von 1,50 ℳ täglich (Krankengeld 1,50 ℳ) für 71 Tage = 106,50 ℳ bereit. Am 5. März 1920 beantragte der Armenverband mit Rücksicht auf den ungewöhnlichen Verlauf des Wochenbettes, der eine Krankenhausbehandlung erforderte, Ersatz der Pflegekosten von 405 ℳ unter Berücksichtigung des inzwischen gezahlten Wochengeldes gemäß §§ 1531 bis 1533 RVO. Daraufhin hat die Kasse den Ersatzanspruch erneut berechnet und zwar: für Krankenpflege ⅜ des Grundlohnes (3 ℳ) = 1,12½ ℳ täglich gemäß § 1503 Abs. 2, Wochenhilfe die Hälfte des täglichen Wochengeldes = 75 Pf. täglich gemäß § 1506 Abs. 1, für 81 Tage von zusammen 151,88 ℳ. Die S. führte gegen die Kasse Klage auf Übernahme der Kosten in voller Höhe, und zwar auf Grund des Wochenhilfegesetzes. Danach hätte sie zu beanspruchen einen einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung 50 ℳ. Da aber die Kasse statt der Barleistungen Sachleistungen gewähre, so ständen ihr freie Behandlung durch Hebamme und Arzt, sowie die erforderliche Arznei bei der Niederkunft und bei Schwangerschaftsbeschwerden zu. Die operative Entbindung, sowie die ärztliche Behandlung wären aber nur in einem Krankenhaus möglich. Sie wäre sonach gezwungen gewesen, das Krankenhaus aufzusuchen. Wenn auch für die Kasse zweifellos keine Verpflichtung bestand, die Kosten in voller Höhe zu zahlen, war die Berechnung des Ersatzanspruchs des Armenverbandes seitens der Kasse, insbesondere das verschiedentliche Verfahren der Kasse richtig?

Antwort: Es handelt sich um einen regelwidrigen Verlauf der Schwangerschaft, der Entbindung und des Wochenbettes. Für die ganze Zeit vom 30. 11. 19 bis 18. 2. 20, also für 82 Tage, hatte die Wöchnerin daher Anspruch auf Krankenhilfe nach § 182 RVO., also auf ärztliche Behandlung nebst Heilmitteln und auf Krankengeld. Daneben bestand ein Anspruch auf die Leistungen der Wochenhilfe nach §§ 195a ff. RVO. Dabei sind drei Punkte zu beachten: 1. daß die Kasse statt der baren Beihilfen aus § 195a Abs. 1 Ziff. 1 und 3 nur Sachleistungen nach § 195c zu gewähren hatte; 2. daß von den 10 Wochen des Wochengeldbezugs 4 Wochen in die Zeit vor der Entbindung fallen (§ 195a Abs. 1 Ziff. 2), der Anspruch auf Wochengeld also schon am 6. November begann; 3. daß neben Wochengeld Krankengeld nicht gewährt wird (§ 195a Abs. 2). Mit Rücksicht hierauf stellen sich die Ersatzansprüche des Armenverbandes nach §§ 1531, 1533 wie folgt: a) Der Armenverband hat für 82 Tage Krankenpflege als Ersatz je ⅜ des Grundlohnes zu beanspruchen (§ 1533 Ziff. 2).

b) Für die in dieser Zeit zugleich gewährten geburtshilflichen Leistungen und für die Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden kann der Armenverband, im Hinblick auf § 195c, nicht festbestimmte Beträge, sondern nur die nachweislich durch diese besonderen Leistungen erwachsenen Kosten, soweit sie bei normalem Verlaufe entstanden wären, erstattet verlangen.

c) Das Wochengeld für die Zeit vom 6. bis 29. 11. 19 gebührt im vollen Betrage der Wöchnerin selbst, da die Unterstützung durch den Armenverband erst am 30. 11. 20 begonnen hat. Für die Zeit von da ab kann er aus dem Wochengelde und weiterhin aus dem Krankengelde Ersatz nach § 1533 Ziff. 3 mit § 1506, also nur unter Freilassung der Hälfte für die Wöchnerin selbst beanspruchen; nur insoweit ist auch die Abtretung des Anspruchs nach § 119 Abs. 1 Ziff. 3 wirksam, es sei denn, daß die Abtretung in weiterem Umfange mit Genehmigung des Versicherungsamts nach § 119 Abs. 2 erfolgt ist.

Anwendung des § 195a Abs. 3 RVO. auch bei der Wochenfürsorge?

5. **Nach Sinzig.** Antwort: Nach § 195a Abs. 3 RVO. bleibt, bei einem Wechsel der Kassenzugehörigkeit während der Leistung der Wochenhilfe, die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig. Obwohl diese Vorschrift im § 19 des Wochenhilfegesetzes vom 22. 5. 20 nicht als entsprechend anwendbar bei der Wochenfürsorge erwähnt ist, halten wir diese Anwendung dennoch (mit Jaeger, Anm. 12 Abs. 2 zu § 195b) für geboten. Denn § 195 Abs. 3 ist eine Zweckmäßigkeitsvorschrift, die lediglich der sachgemäßen Durchführung des Gesetzes dient, und für die das Bedürfnis, in gleicher Weise wie bei der Wochenhilfe, auch bei der Wochenfürsorge besteht. Man darf daher die entsprechende Anwendung aus dem Zwecke der Vorschrift herleiten. Übrigens läßt sich wohl auch § 19 Abs. 1 des Wochenhilfegesetzes, wonach als Wochenfürsorge die im § 195a RVO. bezeichneten „Leistungen“ gewährt werden, allenfalls auch so deuten, daß damit nicht nur hinsichtlich des Gegenstandes der Leistung, sondern auch hinsichtlich der Durchführung der Leistung auf § 195a verwiesen ist.

Verwalter des Genesungsheims einer Krankenkasse als Kassenangestellter.

6. **Nach Berlin.** Frage: Die Kasse unterhält ein eigenes Genesungsheim, zu dem noch 144 Morgen Ackerland gehören; die Leitung des Heims liegt in Händen eines Verwalters, der auch zugleich die Verantwortung für die ordnungsmäßige Bewirtschaftung des Ackers trägt. Außer den Pfleglingen sind der Aufsicht des Verwalters 11 Personen unterstellt, die teils im Heim, teils in der Landwirtschaft (die aus-

schließlich zum Zwecke der bestmöglichsten Verpflegung der Pfleglinge betrieben wird) beschäftigt werden. Der Verwalter ist mit Privat-Dienstvertrag angestellt. Da er sich für den Posten besonders eignet, hat der Vorstand den Beschluß gefaßt, den Verwalter mit Anspruch auf Ruhegehalt anzustellen mit der Maßgabe, daß ihm die Hälfte seiner Dienstjahre als früherer Vorsitzender der Kasse, während welcher Zeit er der Kasse wertvolle Dienste geleistet hat, bei der Berechnung des späteren Ruhegehalts anzurechnen ist. Weiter ist beschlossen, daß sich das Ruhegehalt des Verwalters nach dem in der Dienstordnung für den stellvertretenden Geschäftsführer der Kasse festgesetzten Gehalt zu berechnen hat. Der erwähnte Beschluß des Vorstandes hat zu Zweifeln Veranlassung gegeben. Es ist die Frage aufgeworfen worden, ob er in dieser Fassung rechtlich einwandfrei ist. Wir bitten um Auskunft, wie das Rechtsverhältnis zwischen der Kasse und dem Verwalter zu beurteilen ist.

Antwort: Das Genesungsheim ist nebst allem Zubehör ein wesentlicher und wichtiger Bestandteil des Vermögens der Kasse, das der Verwaltung des Vorstandes unterliegt. Der Verwalter des Heimes ist daher Gehilfe des Vorstandes bei Erledigung der diesem obliegenden Aufgaben, also ein Angestellter der Kasse, für den die Dienstordnung zu gelten hat (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 351 RVO.). Die Beschlüsse des Vorstandes über Anspruch des Verwalters auf Ruhegehalt überhaupt, sowie über dessen Bemessung nach dem in der Dienstordnung für den stellvertretenden Geschäftsführer festgesetzten Gehalt und über die Anrechnung früherer Dienstjahre würden daher nur zulässig sein, wenn sie mit der (uns nicht vorliegenden) Dienstordnung in Einklang ständen. Ist dies nicht der Fall, ist insbesondere eine so ausgestattete Stelle für den Verwalter des Genesungsheims überhaupt nicht vorgesehen, so sind die Beschlüsse vom Vorsitzenden des Vorstandes zu beanstanden und etwa bereits getroffene Vertragsbestimmungen nichtig (§§ 352, 353, 357 Abs. 1 und 3 RVO.). Gegen die „Fassung" der Beschlüsse würde an sich nichts einzuwenden sein. Hinsichtlich der Anrechnung der Dienstjahre im Vorstandsamt insbesondere verweisen wir auf Heft 13 S. 257 Ziff. 18.

Brillen als „kleinere" Heilmittel.

7. **Nach Neckargemünd.** Antwort: Nicht in unserer Auskunft im Heft 26 S. 519 Ziff. 9, sondern in der Frage oder in der darin mitgeteilten Entscheidung liegt der Widerspruch, der vermutlich auf einem Schreib- oder Druckfehler beruht. Es muß dort heißen: „Die Kasse geht von falscher Voraussetzung aus, wenn sie annimmt, daß die Lieferung von Brillen **nicht** unter kleinere Heilmittel fällt." Dieser Sinn der Entscheidung wird ja durch ihren weiteren Inhalt bestätigt und entspricht auch allein dem klaren Wortlaut des § 182 Ziff. 1 RVO. Das Gesetz könnte nicht von „Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln" reden, wenn es nicht die Brillen und Bruchbänder schlechthin als kleinere Heilmittel ansähe.

Pflicht der Ersatzkassen zur Gewährung von Wochenhilfe?

8. **Nach B.** Antwort: Richtig ist, daß Satz 3 des Schlußabsatzes des § 205a RVO. sich nur auf die beiden vorhergehenden Sätze (über Doppelversicherung und Wahlrecht der Wöchnerin) bezieht. Im übrigen aber sind Sie im Irrtum. Die Ersatzkassen sind Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, deren Verhältnisse im allgemeinen nicht durch die RVO. und folglich auch nicht durch das Wochenhilfegesetz — das nur ein die RVO. abänderndes und ergänzendes Gesetz ist —, sondern durch ein besonderes Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen (vom 12. 5. 01, RGBl. S. 139) geregelt sind. Die RVO. regelt nur gewisse Beziehungen der Ersatzkassen zur Reichsversicherung, insbesondere zur Krankenversicherung (§§ 503 ff.). Hinsichtlich der Leistungen ist im § 507 vorgeschrieben, daß dem Versicherungspflichtigen mindestens die Regelleistungen zu gewähren sind. Welche Leistungen die Ersatzkasse denjenigen ihrer Mitglieder zu gewähren hat, die nicht auf Grund der RVO. versicherungspflichtig sind, bestimmt sich lediglich nach der Satzung der Ersatzkasse. Eine Verpflichtung, diesen Mitgliedern Wochenhilfe für sich oder für ihre Angehörigen (§§ 195a, 205a RVO.) zu gewähren, besteht nach dem Gesetze nicht. Das Versicherungsamt ist also im Recht.

Sind für regelmäßig wiederkehrende Feierwochen Beiträge zu entrichten?

9. **Nach Berlin.** Antwort: Wenn das Beschäftigungsverhältnis der Aushelfer so gestaltet ist, daß sie drei Wochen gegen Entgelt arbeiten und eine Woche feiern, ohne daß hierdurch das Arbeitsverhältnis gelöst wird, so besteht selbstverständlich ein einheitliches, die Feierwoche überdauerndes Pflichtversicherungsverhältnis. Die Versicherten haben für die Feierwoche Anspruch auf die vollen Leistungen der Krankenkasse mit Ausnahme des Krankengeldes; denn dieses wird nach § 182 Ziff. 2 RVO. nur für jeden „Arbeitstag" gezahlt, und als Arbeitstage können die Tage der Feierwoche nicht gelten, wenn sie als solche so feststehen, daß die Versicherten in der Lage sind, ihre Arbeitskraft anderweit zu verwerten (zu vgl. Entsch. des RVA. 2282, ArbVers. 1917 S. 181, auch 1919 S. 600 Ziff. 4). Die Frage nun, ob gleichwohl für diese Tage Beiträge zu entrichten sind, ist streitig. Das Reichsversicherungsamt hat die Frage verneint (Entsch. 1788, 2213, Amtl. Nachr. 1913 S. 829 und 1916 S. 553, ArbVers. 1916 S. 611). Wir halten diese Ansicht, die überwiegend lebhaften Widerspruch hervorgerufen hat, für falsch und verweisen hierüber auf die im Jahrg. 1918 S. 418 Ziff. 3 angeführten Stellen.

Bedeutung der Arbeitseinstellung für die Fortdauer der Pflichtmitgliedschaft.

10. **Nach Hannover.** Frage: Bei der Arbeiterentlassung auf unserem Werke wird Arbeitsbescheinigung dahin ausgestellt, daß N. N. seit dem . . . in unserer Fabrik gearbeitet hat und Mitglied unserer Betriebskrankenkasse war und am . . . entlassen worden ist. Nun ist es aber fast immer der Fall, daß Entlassungstag und letzter Arbeitstag Tage oder Wochen auseinanderliegen. Für die Zwischenzeit sind keine Krankenkassenbeiträge gezahlt, da die betreffende Person für die Zeit keinen Lohn ausgezahlt erhielt, dem Werke also die Möglichkeit des Abzuges nicht gegeben war. So z. B. wenn ein Arbeiter am 4. August zuletzt gearbeitet hat, aber erst am 18. August wegen unentschuldigten Fehlens entlassen wird. Ist das Werk verpflichtet, der Krankenkasse die Beiträge bis zum 18. August (dem Tage der Entlassung) zu zahlen oder scheidet der Arbeiter bereits am 4. August aus der Krankenkasse aus?

Im letzten Falle müßte dann dieses unseres Erachtens wohl auf dem Entlassungsschein vermerkt werden, damit der Beginn der Dreiwochenfrist kenntlich gemacht wird. Falls der Arbeiter am 18. August nicht entlassen wäre, sondern seine Arbeit am 20. August wiederaufgenommen hätte, wäre das Werk dann berechtigt, für die ausgesetzten zwei Wochen die Krankenkassenbeiträge vom nächsten Lohn nachträglich abzuziehen?

Antwort: Das Beschäftigungsverhältnis wird an sich nicht schon durch die Einstellung der tatsächlichen Arbeitsleistung, sondern erst dadurch gelöst, daß vom Arbeitgeber oder vom Arbeitnehmer gegenüber dem anderen Teile der Wille bekundet wird, das Verhältnis zu lösen (zu vgl. Nachsatz in ArbVers. 1910 S. 296). Nimmt der Arbeiter die unterbrochene Beschäftigung wieder auf, ehe ihm gegenüber die Entlassung erklärt ist, und war die Unterbrechung eine verhältnismäßig kurze, so daß die Nachholung der Beiträge für die Zwischenzeit von dem weiterhin zu zahlenden Lohn möglich ist, so ist auch für diese Zwischenzeit das Arbeitsverhältnis als ein gelohntes und folglich die Pflichtmitgliedschaft als fortdauernd anzusehen (zu vgl. die Entscheidungen bei Hahn, Anm. 21 zu § 165 RVO.). Erfolgt dagegen die Entlassung, ehe die Arbeit wiederaufgenommen worden ist, so ist, wenn über den letzten Tag der Arbeitsleistung hinaus kein Lohn zu zahlen ist, das Lohnarbeitsverhältnis und folglich die Mitgliedschaft schon als mit jenem letzten Arbeitstage beendet anzusehen. Im Falle des Wiedereintritts vor erfolgter Lösung des Beschäftigungsverhältnisses sind Beiträge auch für die Zwischenzeit zu entrichten. Hinsichtlich des Abzugs des Arbeitgeberdrittels vom Lohn gilt § 395 Abs. 2 RVO.

Art der Krankenversicherung, wenn nur an drei Tagen in der Woche gearbeitet wird.

11. **Nach Berlin.** Frage: Infolge der anhaltenden Wirtschaftskrise arbeitet etwa die Hälfte der Mitglieder verkürzt, in der Regel an drei hintereinanderliegenden, im voraus bestimmten Wochentagen. Ist der Verdienst an den drei Tagen als Wochenverdienst anzusehen und dementsprechend — geteilt durch 6 (vgl. Satzung) — die Lohnstufe festzustellen? Oder ist der Verdienst an den drei Tagen lediglich als solcher für diese bestimmten Tage anzusehen und dementsprechend: a) nach dem wirklichen täglichen Entgelt die Lohnstufe festzustellen? b) das Krankengeld nur für die drei im voraus bestimmten Tage zu zahlen? c) auch dann, wenn den Mitgliedern nach der Satzung für jeden Krankheitstag Krankengeld zu zahlen ist?

Antwort: Vorweg sei zur letzten Frage bemerkt, daß es mit dem Gesetz nicht vereinbar wäre, wenn eine Satzung bestimmte, daß das Krankengeld für jeden „Krankheitstag" zu zahlen ist. Das Krankengeld darf, abgesehen von der für Sonn- und Feiertage zugelassenen Ausnahme (§ 191 RVO.), nur für jeden „Arbeitstag" gezahlt werden. Arbeitstag im Sinne des Gesetzes ist aber jeder Tag, an dem der Versicherte nach der allgemeinen Ordnung des Betriebes oder nach der besonderen Natur seines Beschäftigungsverhältnisses zu arbeiten hat. Im vorliegenden Falle sind nur die drei bestimmten Tage der Woche Arbeitstage im Sinne des Gesetzes, und nur für sie besteht daher ein Anspruch auf Krankengeld. Als Grundlohn für dessen Bemessung gilt, wenn der Lohn für jeden Tage der gleiche ist, dieser Lohnbetrag. Eine Durchschnittsberechnung — Teilung des Wochenlohns durch 6 oder bei Sonntagsarbeitern durch 7 — findet nur statt, wenn der Lohn für die einzelnen Tage schwankt, insbesondere z. B. bei Akkordlöhnung. Dies alles entspricht der herrschenden Rechtsprechung und Lehre. Wir verweisen namentlich auf die eine ganz ähnliche Sachlage betreffende Entscheidung des RVA. 2142, ArbVers. 1916 S. 135.

§ 397 Abs. 1 RVO. gilt auch für Behörden als Arbeitgeber.

12. **Nach X.** Antwort: Die Auffassung des Versicherungsamts ist recht verfehlt. Das Reichsversicherungsamt hat in der Entsch. 2580 (ArbVers. 1920 S. 424) allerdings ausgesprochen, daß Strafverfügungen gegen juristische Personen als solche auf Grund des Ordnungsstrafrechts der RVO. grundsätzlich unzulässig sind. Wenn das Versicherungsamt das ohne weiteres auch in bezug auf das Finanzamt anwendet, so hätte es wenigstens ein Wort der Begründung hinzufügen sollen. Denn das Finanzamt ist nicht, wie das Versicherungsamt anzunehmen scheint, eine juristische Person öffentlichen Rechts, sondern eine Behörde; und es hätte gesagt werden sollen, daß die Entscheidung — wie nicht zweifelhaft ist — aus ihrem inneren Grunde auch für Behörden zutrifft: sie können nicht mit Strafen belegt werden, weil die Strafbarkeit Vorsatz oder Fahrlässigkeit voraussetzt, und hiervon nur bei natürlichen Personen die Rede sein kann. Dieser innere Grund trifft aber nicht zu im Falle des § 397 Abs. 1 RVO., wonach die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung zu entrichten sind. Diese Vorschrift ist keine Strafbestimmung, sondern hat die Bedeutung eines Zwangsmittels zur Erreichung rechtzeitiger Abmeldungen. Sie setzt daher ein Verschulden nicht voraus. Es handelt sich um eine verlängerte Beitragspflicht, die dem säumigen Arbeitgeber in gleicher Weise wie die ordentliche Beitragspflicht zur Last fällt, also auch juristische Personen und ebenso Behörden in ihrer Eigenschaft als Arbeitgeber trifft.

Wer trägt das Porto für Übersendung der Apothekerrechnung?

13. **Nach Dresden-A.** Antwort: Die Ausgaben für die Übersendung der Rechnung sind Geschäftsunkosten, die der Gläubiger zu tragen hat. Das ist ein allgemein anerkannter Rechtssatz. Es handelt sich hier um Aufwendungen, die im regelmäßigen Geschäftsgange entstehen. Anders jedoch, wenn der einen Partei Unkosten infolge schuldhafter Nichterfüllung der Zahlungsverpflichtung durch die andere entstehen. Darum kann der Gläubiger Erstattung der Kosten eines Mahnschreibens verlangen, das im Falle der Nichtleistung bei Fälligkeit der Schuld erforderlich geworden ist. Diese Grundsätze müssen auch für den Verkehr zwischen Kasse und Apotheker gelten, sofern nicht abweichende Vereinbarungen getroffen worden sind.

Unterbrechung oder Beendigung der freiwilligen Kassenmitgliedschaft durch Eintritt in versicherungspflichtige Beschäftigung?

14. **Nach Westerburg.** Frage: Eine Anzahl unserer freiwillig versicherten Kassenmitglieder verrichtet im Laufe des Jahres für Zeitabschnitte von mehreren Wochen Lohnarbeiten bei irgendwelchen Arbeitgebern, so z. B. als Handlanger usw. in Baugeschäften oder als Holzhauer und Kulturarbeiter bei den Gemeinde- bzw. Forstverwaltungen. Diese Arbeitgeber sind vielfach der Meinung, eine Anmeldung der betreffenden Leute sei überflüssig, weil

diese bereits freiwillig versichert seien. Anderseits sind auch die Versicherten vielfach der Meinung, in solchen Fällen keine Beiträge zur Pflichtversicherung bezahlen zu müssen. Wie ist hier die Rechtslage? Wir sind der Meinung: a) daß die Arbeitgeber verpflichtet sind, solche Arbeiter anzumelden; b) daß die freiwillige Versicherung durch die eintretende Pflichtversicherung automatisch aufgehoben wird; c) daß die freiwillige Versicherung trotzdem erst dann wieder auflebt, wenn der Versicherte dieses nach Beendigung der Pflichtmitgliedschaft frühe genug der Kasse meldet; d) daß der Versicherte verpflichtet ist, falls er der Kasse nichts meldet, die Beiträge für beide Versicherungen zu zahlen, ohne auf die doppelten Leistungen der Kasse Anspruch zu haben.

Antwort: Zu a) und b) ist Ihre Auffassung richtig. Das ergibt sich zweifelsfrei aus §§ 306, 312, 317 RVO. Ebenso zweifelsfrei ist aber Ihre Ansicht zu d) und c) falsch. Ein „Wiederaufleben" der nach § 312 erloschenen freiwilligen Versicherung nach Wegfall der inzwischen eingetretenen Pflichtversicherung kennt das Gesetz nicht, sondern nur eine neue freiwillige Weiterversicherung nach § 313 bei derjenigen Kasse, aus deren Pflichtmitgliedschaft der Versicherte ausscheidet. Ebenso kann eine doppelte Beitragspflicht des Versicherten nicht in Frage kommen, weil eine doppelte Kassenmitgliedschaft im Hinblick auf § 312 nicht bestehen kann. Nur eine Beitragspflicht des Arbeitgebers kann neben der Beitragspflicht des freiwillig Weiterversicherten dann in Frage kommen, wenn der Arbeitgeber die Beendigung des vorausgegangenen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses nicht sofort meldet (§ 397 Abs. 1).

Städtischer Bademeister als Unternehmer oder Angestellter?

15. **Nach W.** Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung in der Hauptsache bei und bemerken nur ergänzend folgendes: Der Bademeister, dem der Betrieb der städtischen Badeanstalt „auf eigene Rechnung" übertragen und der in der Verhandlung gelegentlich als „Pächter" bezeichnet worden ist, ist, trotz dieser mit der wahren Gestaltung des Vertragsverhältnisses in Widerspruch stehenden Ausdrücke, nichts anderes als ein Angestellter der Stadtverwaltung. Ein Pächter, als wirtschaftlich und persönlich unabhängiger Unternehmer, müßte doch irgendein Risiko tragen, wenn es wahr wäre, daß er die Anstalt für eigene Rechnung betreibt; vor allem müßte er Pachtgeld zahlen. Weder das eine noch das andere ist der Fall. Er empfängt im Gegenteil von der Stadtverwaltung für den „Betrieb" der Anstalt Lohn in Gestalt des festen „Zuschusses" von 3000 ℳ sowie in den Eintrittsgeldern und in den von der städtischen Verwaltung zu bestimmenden Gebühren für die Benutzung verschließbarer Ankleideräume. Daß auch solche von Dritten zu leistende Zahlungen als Entgelt für die Beschäftigung anzusehen sind, ist nicht zweifelhaft, wenn im übrigen die Beschäftigung sich nicht als Betätigung eigenen Unternehmens darstellt (§ 160 RVO.; Ziff. 21 der Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12). Daß der Betrieb nach ausdrücklicher Bestimmung „der Aufsicht der Stadtverwaltung unterstellt bleibt", entspricht nicht nur dem öffentlichen Interesse im Hinblick auf die Bedeutung der Anstalt für die Volksgesundheit, sondern auch dem wirtschaftlichen Interesse der Stadtverwaltung, die allein das Risiko trägt, also die Unternehmerin ist. Demgegenüber ist es unerheblich, daß der Bademeister eine männliche und eine weibliche Hilfskraft „für eigene Rechnung" anzunehmen hat. Das bedeutet versicherungsrechtlich nur, daß der Lohn für diese Personen in dem Entgelt, der dem Bademeister ausgesetzt ist, mit enthalten und somit ein mittelbares Beschäftigungsverhältnis auch dieser Personen zur Stadtverwaltung begründet ist (zu vgl. die erwähnte Anleitung Ziff. 14, 21). Hiernach halten wir die Krankenversicherungspflicht des Bademeisters für zweifelsfrei nach § 165 RVO., während die Invalidenversicherungspflicht auf Grund Ihrer Angaben weder — wie Sie annehmen — nach § 1226 Abs. 2 RVO. bestimmt zu verneinen, noch bestimmt zu bejahen ist. Es muß, ehe über letzteren Punkt zuverlässig geurteilt werden kann, erst festgestellt werden, ob der gesamte Jahresarbeitsverdienst des Bademeisters, der als Angestellter in gehobener Stellung anzusehen ist, nach Abzug des auf die beiden Hilfskräfte entfallenden Lohnes, 2000 ℳ übersteigt oder nicht.

Freiwillige Weiterversicherung nach Überschreiten der Verdienstgrenze.

16. **Nach Pleß.** Antwort: Die Frage ist nicht nach dem von Ihnen angezogenen § 176 RVO., sondern nach § 313 zu beurteilen. Wer infolge einer Erhöhung seines Arbeitsentgelts über die 15 000 ℳ hinaus aufhört, versicherungspflichtig zu sein, scheidet, obwohl sein Beschäftigungsverhältnis an sich fortdauert, doch aus der „versicherungspflichtigen" Beschäftigung aus und ist daher, unter den übrigen Voraussetzungen des § 313, zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt.

Anspruchsverlust wegen Ablehnung der Krankenhauspflege beim Eintritt einer neuen Krankheitsursache.

17. **Nach Witten.** Frage: Die Kasse hat für ein Mitglied wegen Typhusverdacht Krankenhauspflege angeordnet. Das Mitglied hat die Anordnung nicht befolgt und damit den Anspruch auf Krankenpflege und Krankengeld für die Dauer der Weigerung verwirkt. Während die mit der typhösen Erkrankung verbundene Arbeitsunfähigkeit noch fortbesteht, tritt eine andere Krankheit hinzu. Das Mitglied beansprucht für diese neue Krankheit die Kassenleistungen. Unseres Erachtens liegt ein neuer Versicherungsfall nicht vor. Es besteht also auch kein Anspruch auf Kassenleistungen. Zu vgl. grundsätzl. Entsch. des RVA. v. 18. 3. 20 (Großer Senat). Wird diese Auffassung gebilligt?

Antwort: Ja! Denn das Hinzutreten einer neuen Krankheitsursache stellt, wenngleich dadurch eine Verlängerung des Fürsorgebedürfnisses bedingt wird, keine neue Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne und folglich keinen neuen Versicherungsfall dar (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 182 und Anm. 2 zu § 188 RVO.). Daher erstreckt sich der Anspruchsverlust auch auf die durch die neue Krankheitsursache bewirkte Verlängerung der sonst an sich bestehenden Leistungspflicht der Kasse — selbstverständlich unter der Voraussetzung, daß das ablehnende Verhalten des Versicherten noch fortdauert (zu vgl. Gründe der Entsch. des RVA. 2283 in ArbVers. 1917 S. 181, 182) und daß nicht etwa die Gründe, welche die Einweisung in das Krankenhaus gerechtfertigt hatten, inzwischen weggefallen sind (zu vgl. Entsch. des bad. VerwGerH. in ArbVers. 1904 S. 626, 627).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1297 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 1. November 1920 | Heft 31

Bedeutung der neuen Steuergesetze für die Versicherungsträger.

Von G. Heymann, Korrespondenten beim Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen in Dresden.

Die Nationalversammlung hat uns eine Reihe neuer Steuergesetze gebracht und andere geändert. Davon werden auch die Träger der Sozialversicherung berührt, obwohl man darauf Bedacht genommen hat, sie möglichst steuerfrei zu lassen, wie dies übrigens schon nach früherem Recht im allgemeinen der Fall war (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 25 RVO. und die Nachweise daselbst). Zu beachten ist aber, daß verschiedene der neuen Steuergesetze wesentlich anderer Art sind als die bisherigen. Soweit es sich um gänzlich neue Steuergesetze handelt, ist eine Befreiung insbesondere deshalb gerechtfertigt, weil die Versicherungsträger keine auf Gewinn abzielenden Unternehmen sind und weil ihre allzu hohe Belastung mit Steuern die Leistungsfähigkeit und den Bestand der Versicherungsträger sehr gefährden würde, da sie bereits infolge des Krieges erhebliche Mehraufwendungen gehabt haben und finanziell ungünstig dastehen.

Es dürfte auch kein Anlaß vorliegen, die Versicherungsträger minder günstig zu behandeln als die Gemeinden, Gemeindeverbände, gemeinnützigen Unternehmungen, Stiftungen, Sparkassen usw., die ebenfalls von der Steuer befreit sind. Sie erfüllen ja Aufgaben, die sonst von Reich, Staat oder anderen öffentlich-rechtlichen Körperschaften erfüllt werden müßten. Im folgenden sollen die Steuergesetze in der Reihenfolge, wie sie von der Nationalversammlung verabschiedet worden sind, einer kurzen Betrachtung hinsichtlich ihrer wichtigsten Bestimmungen für die Versicherungsträger unterzogen werden.

Die Versicherungsträger erhalten zuweilen auf eigene Anregung hin oder auf freien Entschluß der Spender Gelder geschenkt, um sie für soziale Zwecke, z. B. den Ausbau von Genesungsheimen, zu verwenden. Für Schenkungen ist jedoch nach Abschnitt III des Erbschaftssteuergesetzes vom 10. 9. 1919 (RGBl. S. 1543) eine Schenkungssteuer zu entrichten. Das Gesetz ist am 1. 9. 1919 in Kraft getreten. Eine Befreiung von dieser Steuer ist im Gesetz nur in sehr beschränktem Maße vorgesehen. Von der Schenkungssteuer sind die Versicherungsträger im allgemeinen nicht befreit. Eine Befreiung würde gemäß § 42 a. a. O. nur dann eintreten, wenn die Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln erfolgen. Das Erbschaftssteuergesetz unterscheidet den Erwerb von Todes wegen (Erbanfallsteuer) und Schenkungen unter Lebenden (Schenkungssteuer). Ist der Erblasser vor Inkrafttreten dieses Gesetzes verstorben, so bestimmt sich die Steuerpflicht nach dem bisherigen Gesetz. Die Schenkungen unter Lebenden unterliegen der gleichen Besteuerung wie der Erwerb von Todes wegen. Den Schenkungen stehen gleich freigebige Zuwendungen unter Lebenden, soweit der Bedachte durch sie auf Kosten des Zuwendenden mit dessen Willen bereichert wird. Für Anstalten, die ausschließlich gemeinnützige Zwecke verfolgen,

wozu auch die Versicherungsträger gehören, beträgt die Steuer 10 v. H. Für die Berechnung der Steuer wird das steuerpflichtige Vermögen auf volle 100 M nach unten abgerundet. Steuerpflichtig ist nur der den Betrag von 500 M übersteigende Teil des Erwerbes. Für die Steuer haftet neben dem Beschenkten auch der Schenker. Jeder der Steuer unterliegende Erwerb ist vom Erwerber binnen einer Frist von drei Monaten nach erlangter Kenntnis von dem Anfall der Steuerbehörde anzumelden. Erfolgt der Erwerb nicht von Todes wegen, sondern durch ein Rechtsgeschäft unter Lebenden, so ist zur Anmeldung auch derjenige verpflichtet, aus dessen Vermögen der Erwerb stattfindet. Die Steuerbehörde stellt die Steuer fest und erteilt einen schriftlichen Steuerbescheid. Sehr erwünscht wäre es allerdings, wenn man die Zuwendungen, die zu mildtätigen oder gemeinnützigen Zwecken erfolgen, gänzlich steuerfrei gelassen hätte.

Das Grunderwerbssteuergesetz vom 12. September 1919 (RGBl. S. 1617) sieht eine ausdrückliche Befreiung der Versicherungsträger nicht vor. Das Gesetz ist am 1. Oktober 1919 in Kraft getreten. Die Grunderwerbsteuer wird beim Übergang des Eigentums an inländischen Grundstücken erhoben. Begründet wird die Steuerpflicht durch die Eintragung der Rechtsänderung in das Grundbuch oder, wenn es einer solchen zum Übergang des Eigentums nicht bedarf, durch den Vorgang, der die Rechtsänderung bewirkt. Soweit in diesem Gesetz eine Befreiung von der Steuer vorgesehen ist, könnte sie für die Versicherungsträger hauptsächlich nur dann in Frage kommen, wenn es sich um Schaffung gesunder Kleinwohnungen für Minderbemittelte handelt. Die Steuer wird vom Gemeinwert des Grundstückes, wenn aber der Veräußerungspreis höher ist, von dem letzteren berechnet. Die Steuer beträgt 2 v. H. Die Länder und Gemeinden sind berechtigt, Zuschläge zu erheben*). Zur Entrichtung der Steuer sind der Erwerber und der Veräußerer gesamtschuldnerisch verpflichtet. Die Versicherungsträger würden also z. B. beim Erwerb von Verwaltungsgebäuden oder Genesungsheimen eine Grunderwerbssteuer zu entrichten haben. Der Erwerb von Grundstücken zur Schaffung oder Erweiterung öffentlicher Erholungs-, Wald- und sonstiger Grünanlagen bleibt allerdings steuerfrei. Ein von dem Versicherungsträger erworbenes Erholungsheim ist jedoch nicht als eine öffentliche Anlage in diesem Sinne zu betrachten. Es wäre angebracht gewesen, auch für den Erwerb von Grundstücken durch die Versicherungsträger zum Zwecke der Errichtung von Genesungsheimen eine ähnliche Bestimmung vorzusehen. Zu erwarten ist, daß sich der Reichsfinanzminister demnächst zu dieser Frage äußern wird.

Nach dem Umsatzsteuergesetz vom 24. Dezember 1919 (RGBl. S. 2157) ist für Lieferungen und sonstige Leistungen eine Steuer zu entrichten. Die ärztlichen und ähnlichen Hilfeleistungen, soweit die Entgelte für sie von den reichsgesetzlichen Krankenkassen und knappschaftlichen Krankenkassen zu zahlen sind, bleiben steuerfrei. Die ähnlichen Hilfeleistungen umfassen die Leistungen im Sinne des § 122 RVO. und die Lieferung von Arzneimitteln durch Apothekenbesitzer oder -verwalter oder, soweit es sich um die dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel handelt, durch andere Personen, die solche feilhalten (§ 375 RVO.). Unter diese Personen fallen Drogisten, Bandagisten und sonstige Heilmittellieferanten. Die Umsatzsteuerbefreiung gilt sowohl dann, wenn die Tätigkeit der Krankenkassen auf Grund eigener Verpflichtung gegenüber dem Versicherten erfolgt, als auch dann, wenn sie auf Ersuchen eines anderen Versicherungsträgers geleistet wird. Es würde übrigens dem Sinn und Zweck der Befreiungsvorschrift widersprechen, wenn man die ärztlichen Hilfeleistungen befreien und die in unmittelbarem Zusammenhange mit ihnen stehenden Hilfeleistungen der Apotheker und anderen Personen der Umsatzsteuer unterwerfen wollte. Außer

*) Für Baden ist die Erhebung solcher Zuschläge durch das Gesetz vom 22. Juli 1920 (Ges. Vrdg. Bl. 1920 Nr. 56) erfolgt.

den Lieferungen und sonstigen Leistungen der Krankenkassen (§ 225 RVO.) und der knappschaftlichen Krankenkassen (§ 495 RVO.) sind auch die Lieferungen und sonstigen Leistungen der Berufsgenossenschaften und der sonstigen Träger der Gewerbe-, landwirtschaftlichen und See-Unfallversicherung (§§ 623, 956, 1118), weiter der Versicherungsanstalten für die Alters- und Invaliditätsversicherung (§§ 1326, 1360 a. a. O.), der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (§ 96 Vers. Ges. f. Angest.), ferner der Ämter der Reichsversorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen nach dem Gesetze vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989), soweit die Lieferungen und sonstigen Leistungen an die Versicherten oder Versorgungsberechtigten erfolgen, steuerfrei. Ferner bleiben steuerfrei die Lieferungen und sonstigen Leistungen der genannten Versicherungsträger, die auf Grund des 5. Buches der RVO. untereinander oder anderen Verpflichteten gegenüber ausgeführt werden. Es ergibt sich hieraus, daß für die Versicherungsträger eine Verpflichtung zur Zahlung der Umsatzsteuer im allgemeinen nicht besteht. Für die Feststellung und Erhebung der Steuer sind die Finanzämter zuständig. Über die Befreiung entscheidet im Streitfalle das Landesfinanzamt und auf Beschwerde das Reichsfinanzministerium endgültig. Zu erwähnen ist noch, daß für die Heilmittel, die außerhalb des Apothekenbetriebes verkauft werden, von den Versicherungsträgern die Luxussteuer zu entrichten ist. Diese beträgt 15 v. H. Es handelt sich hierbei meist um die Mittel, deren Feilhalten und Verkauf außerhalb der Apotheken ausgenommen ist und die vom Reichsfinanzministerium als Geheimmittel bezeichnet worden sind. Für die Versicherungsträger kommt diese Besteuerung kaum in Frage, da diese Mittel meistens aus der Apotheke bezogen werden. Die gesonderte Inrechnungstellung der Umsatzsteuer ist unzulässig. Dagegen bleibt es dem Lieferanten überlassen, die Steuer in den Warenpreis einzukalkulieren. Soweit jedoch für eine Leistung gesetzliche Gebühren festgelegt sind, ist die gesonderte Inrechnungstellung der Steuer zulässig.

Durch das Kapitalertragsteuergesetz vom 29. 3. 20 (RGBl. S. 345) erfolgt eine Besteuerung des Einkommens aus dem Kapital (Zinsen, Dividenden usw.). Von dem Kapitalertrag ist eine Steuer von 10 v. H. zu entrichten, die vom Schuldner einzubehalten und an die zuständige Finanzkasse abzuführen ist. Die verwickelten Bestimmungen des Gesetzes lassen erkennen, daß das Gesetz in aller Eile durchgebracht worden ist. Die Kapitalertragsteuer ist als eine Ergänzung der Einkommensteuer gedacht, indem sie das sogenannte fundierte Einkommen belastet. Die Träger der reichsgesetzlichen Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenen- und Angestelltenversicherung sind gemäß § 3 Nr. 1 und Abs. 2 für Erträge aus solchen Kapitalanlagen, die sich vor dem 1. Oktober 1919 in ihrem Besitz befanden, von der Steuer befreit. Für später erworbene Anlagewerte ist also die Steuer zu entrichten. Von dieser Regelung ist jedoch im § 3 Nr. 6 wiederum eine Ausnahme getroffen. Danach sind auch die Erträge aus Kapitalanlagen, die nach dem 30. September 1919 erworben sind, steuerfrei, wenn es sich handelt um:

Zinsen von Forderungen, die auf Grund einer Vereinbarung entrichtet werden. Das gleiche gilt für gesetzliche Zinsen, soweit die Fälligkeit der Forderung länger als sechs Monate zurückliegt; die Frist erstreckt sich auf zwei Jahre, soweit es sich um Ansprüche der in den §§ 196, 197 des Bürgerl. Gesetzb. bezeichneten Art handelt;

Zinsen von Grundschulden, Renten von Rentenschulden sowie von Hypotheken, soweit diese Zinsen nicht unter die vorher genannten Zinsen fallen. Bei Tilgungshypotheken und Tilgungsgrundschulden gilt nur der Teil der Zahlung als Kapitalertrag, der auf den jeweiligen Kapitalrest als Zinsen entrichtet wird. Forderungen, für die eine Hypothek in einem inländischen Grundstück bestellt ist, gelten im Sinne dieses Gesetzes stets als inländische Kapitalanlagen;

Diskontbeträge von Wechseln und Anweisungen einschließlich der Schatzwechsel, soweit es sich um Kapitalanlagen handelt.

Ferner bleiben noch steuerfrei Kriegsanleihezinsen, soweit ihnen Darlehnszinsen gegenüberstehen und die Darlehen nachweislich zur Zeichnung oder Aufrechterhaltung des Besitzes gezeichneter Kriegsanleihen aufgenommen sind. In diesem Falle beschränkt sich die auf den Gesamtbetrag der Kriegsanleihezinsen errechnete Steuer auf den Betrag, um den die Kriegsanleihezinsen die Darlehnszinsen übersteigen. Die übrigen Befreiungen dürften für die Versicherungsträger weniger in Betracht kommen.

Steuerpflichtig bleiben also insbesondere noch die Zinsen aus Aktien oder ähnlichen Schuldbuchforderungen und Wertpapiere, wenn diese Anlagewerte nach dem 30. September 1919 erworben worden sind. Die Versicherungsträger werden folglich ihr Kapital jetzt mehr wie früher in mündelsicheren Hypotheken anlegen, da sie für Schuldbuchforderungen, Wertpapiere usw. nicht von der Steuer befreit sind. Hervorzuheben ist noch, daß die Befreiung von der Steuer auf dem Wege der Erstattung erfolgt. Die Steuer ist also vorläufig zu entrichten und wird später zurückgezahlt. Dieses Verfahren erscheint allerdings recht umständlich, läßt sich jedoch kaum vermeiden, weil über die Befreiung zunächst eine Entscheidung des zuständigen Finanzamtes herbeizuführen ist. Dem Befreiungsantrag ist ein Vermögensverzeichnis über die vor dem 1. Oktober 1919 erworbenen Kapitalanlagen beizufügen. Der Antrag hat ferner weitere Angaben zu enthalten, die in der Verordnung zur erleichterten Durchführung der Steuerbefreiungen (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich 1920 S. 1439) näher aufgeführt sind. Der Feststellungsbescheid, der die Befreiung ausspricht, bleibt jedoch so lange in Kraft, wie die rechtlichen und tatsächlichen Grundlagen, auf denen er beruht, dieselben bleiben. Auf Antrag können die Gläubiger, die einen Anspruch auf Befreiung haben, mit Zustimmung des Landesfinanzamtes ermächtigt werden, ihren Schuldnern mitzuteilen, daß die Kapitalerträge steuerfrei und unverkürzt auszuzahlen sind. Sobald daher der Feststellungsbescheid über die Steuerbefreiung einmal vom Finanzamt erteilt ist, werden die Schwierigkeiten, die sich aus dem Verfahren der Erstattung ergeben, behoben. Eine weitergehende Steuerbefreiung konnten die Versicherungsträger nicht beanspruchen, nachdem der Gesetzgeber das Reich, die Gemeinden und andere öffentlich-rechtliche Körperschaften ebenfalls nicht gänzlich steuerfrei gelassen hat.

Nach dem Einkommensteuergesetz vom 29. März 1920 (RGBl. S. 359) wird von dem Einkommen der natürlichen Personen eine Einkommensteuer erhoben, während nach dem Körperschaftsteuergesetz vom 30. März 1920 (RGBl. S. 393) das Einkommen der Körperschaften der Steuer unterliegt. Die Versicherungsträger haben weder eine Einkommensteuer, noch eine Körperschaftsteuer zu entrichten. Die Befreiung der Träger der Reichsversicherung von der Körperschaftsteuer ist im § 2 Abs. 3 dieses Gesetzes ausdrücklich vorgesehen.

Wirkungsbeginn der neuen Grundlohnfestsetzungen, insbesondere auch gegenüber den Ersatzkassen.

Die „Krankenkasse des Kaufmännischen Vereins von 1858, Ersatzkasse" in Hamburg sendet uns mit Bezug auf unsere Auskünfte im laufenden Jahrg. Heft 22 S. 435 Ziff. 6 und Heft 27 S. 537 Ziff. 1 sowie auf unsere Anmerkung zur Entscheidung des Versicherungsamts Greiz v. 8. 9. 20 im Heft 28 S. 547, 548 eine Zuschrift. Danach hat diese Ersatzkasse, deren Kassenbereich sich über das ganze Deutsche Reich erstreckt, festgestellt, daß von 1255 (Orts- und Betriebs-)Krankenkassen 686 die erhöhten Grundlöhne mit dem 10. 5. 20 — also mit dem Tage der Gesetzeskraft der §§ 5 bis 8 der Vrdg. v. 30. 4. 20 (ArbVers. Heft 15 S. 287) — in Kraft gesetzt haben, während 279 Kassen einen späteren Tag des Mai, 175 einen Tag im Juni, 92 einen Tag im Juli und 28 Kassen sogar erst einen Tag des August 1920 als Geltungsbeginn der neuen Grundlöhne bestimmt haben. Hieran knüpft die Ersatzkasse folgende Bemerkungen:

„Es geht daraus hervor, daß es mehr als der Hälfte der Kassen möglich gewesen ist, die neuen Grundlöhne wenigstens mit Wirkung vom Inkrafttreten der Verordnung festzusetzen. Daß es der anderen Hälfte nicht möglich gewesen ist, ist damit nicht bewiesen. Aber selbst wenn dies der Fall gewesen wäre, können die Versicherten darunter nicht leiden. Darauf kommt es hier an. Das Versicherungsamt hat in seiner Entscheidung den Kernpunkt der Sache angedeutet, indem es sagt: »Es mag sein, daß die praktische Durchführung der Rückwirkung der Verordnung bis 7. April 1920 mit großen Schwierigkeiten verbunden ist, anderseits würden aber, wenn über den Termin der Rückwirkung der Verordnung die Kasse nach freiem Ermessen zu bestimmen hätte, große Ungerechtigkeiten entstehen. Es wäre dann sehr wahrscheinlich, daß die Mitglieder der einen Kasse sich der doch ganz wesentlichen Vorteile der Reichsverordnung vom 30. April 1920 erfreuen könnten, während die Mitglieder säumiger Kassen einen oder zwei oder drei und vier Monate darauf warten müßten, obwohl doch dasselbe Recht auch für diese gilt.« — Den Standpunkt des Versicherungsamts, daß die Versicherten ein Recht auf Festsetzung der höheren Grundlöhne mit Wirkung ab 7. April 1920 haben, nachdem die Verordnung erst mit dem 10. Mai in Kraft getreten ist, können wir zwar nicht teilen. Daraus folgt unseres Erachtens aber nicht, daß der Beginn der Wirkung der höheren Grundlöhne in das Belieben der Kassenvorstände gestellt worden ist. Nachdem mit dem 10. Mai große Kreise von Versicherten mit einem Jahresarbeitsverdienst von 5000 bis 15 000 *M* neu in die Versicherungspflicht einbezogen wurden, hatten die Krankenkassen die Verpflichtung, diese neuen Versicherten ihrem Jahresarbeitsverdienst entsprechend zu versichern. Es kann nicht die Absicht des Gesetzgebers gewesen sein, diese neuen Versicherten vom 10. Mai ab zur Krankenversicherung zu zwingen, sie aber noch monatelang mit Krankengeldsätzen abzuspeisen, die auf Jahresarbeitsverdienste von weniger als 5000 *M* zugeschnitten waren. Die Hälfte der Krankenkassen hat dies, wie aus umstehenden Zahlen hervorgeht, erkannt. Wenn es wirklich nicht möglich gewesen wäre, die höheren Grundlöhne wenigstens mit dem Inkrafttreten des erweiterten Krankenversicherungszwanges festzusetzen, die neuen Versicherten also mit dem Beginn ihrer Kassenzugehörigkeit ihrem Einkommen entsprechend zu versichern, dann hätte die Festsetzung des Inkrafttretens der Verordnung für den 10. Mai keinen Sinn gehabt. In der Geschichte der Krankenversicherung ist ein solches Verfahren noch nicht vorgekommen.

Für die Ersatzkassen ist die Angelegenheit deshalb von Bedeutung, weil Versicherte sich auf den Standpunkt gestellt haben, die Ersatzkasse müsse sie, auch wenn die zuständige gesetzliche Krankenkasse die erhöhten Grundlöhne erst nach dem 10. Mai festgesetzt habe, dennoch mit Wirkung ab 10. Mai dem erhöhten Grundlohn entsprechend versichern. Für die Ersatzkassen entsteht daraus weiter die Frage, ob sie die Arbeitgeberbeitragsanteile nach dem Gesetz vom 28. Juni 1919 allgemein schon ab 10. Mai oder bei den Krankenkassen, die die höheren Grundlöhne später festgesetzt haben, von dem späteren Zeitpunkte ab von den Arbeitgebern erheben dürfen." —

Hierzu ist folgendes zu bemerken: Die Entscheidung des Versicherungsamts Greiz hat gerade in dem einen Punkte, in welchem die Ersatzkasse anderer Meinung ist, durchaus recht. Wenn es überhaupt richtig wäre, daß der Wirkungsbeginn der neuen Grundlöhne auf den Tag des Inkrafttretens der Verordnung v. 30. 4. 20 zurückverlegt werden mußte, so wäre dies, wie das Versicherungsamt richtig annahm, der 7. 4. 20 gewesen. Die Ersatzkasse irrt, wenn sie meint, daß „die Verordnung" erst mit dem 10. 5. 20 in Kraft getreten sei. An diesem Tage sind nach § 10 nur die §§ 5 bis 8 über „Ausdehnung der Versicherungspflicht" in Kraft getreten. Es handelt sich aber hier doch um den Geltungsbeginn der neuen Grundlöhne, und die hierauf — auf die „Heraufsetzung des Grundlohnes" — bezüglichen §§ 1 bis 4 sind nach § 10 in der Tat bereits am 7. 4. 20 in Kraft getreten. Sie betreffen keineswegs nur die neu in die Versicherungspflicht einbezogenen, sondern auch die alten Mitglieder der Krankenkassen. Demgemäß ist auch die vorliegende Zweifelsfrage unter allgemeineren Gesichtspunkten, nicht bloß vom Standpunkte des Interesses der neu einbezogenen Versicherungspflichtigen zu beurteilen. Daraus, daß diese letzteren erst am 10. 5. 20 versicherungspflichtig wurden, folgt nur als selbstverständlich, daß für sie ein Grundlohn vor diesem Tage gar nicht in Frage kam, und daß folglich für sie eine Erhöhung der Grundlöhne bei der Kasse, selbst wenn diese mit Rückwirkung auf den 7. 4. 20 beschlossen worden wäre, doch erst vom 10. 5. 20 ab Interesse und Geltung gehabt hätte. Dagegen folgt aus keiner Bestimmung der Verordnung, daß mit dem Tage ihrer Gesetzeskraft, sei dies der 7. 4. 20 oder der 10. 5. 20, ohne weiteres die neuen Grundlöhne wirksam geworden seien. Solche mußten doch in Ausführung der Verordnung erst festgesetzt werden! Und daß die Festsetzung mit Rückwirkung auf den Tag der Gesetzeskraft erfolgen müsse — was mit recht bedenklichen praktischen Unzuträglichkeiten verknüpft sein konnte —, war nirgends vorgeschrieben. Nur das war daher für zulässig zu erachten, daß die Festsetzung mit Rückwirkung von einem in der Vergangenheit (nur nicht vor dem 7. 4. 20) liegenden Zeitpunkt erfolgen konnte (zu vgl. hier S. 437 Ziff. 6). War am 10. 5. 20, dem Geltungsbeginn der „Ausdehnung der Versicherungspflicht", die Grundlohnordnung einer Kasse noch unverändert, so galt sie auch für die erst mit diesem Tage versicherungspflichtig Gewordenen, so daß für diese Personen bei Kasseneinteilung der bisherige Grundlohn der zutreffenden Klasse von Versicherten, andernfalls der höchste bisherige Grundlohn maßgebend war.

Richtig ist freilich, daß die Kassen verpflichtet waren, ihre Grundlohnordnung der Verordnung gemäß zu revidieren und zu ergänzen. Wenngleich hierfür eine Frist nicht bestimmt war, so ist es doch selbstverständlich, daß die Kassen die gebotene Neuregelung nicht willkürlich verschleppen durften, sondern sie unverzüglich — ohne schuldhaftes Zögern — durchführen mußten. Hierzu waren sie nötigenfalls im Aufsichtswege (§§ 30, 31 RVO.) oder nach § 326 Abs. 3 RVO. anzuhalten. Richtig ist auch, daß die Ersatzkassen an dieser Regelung ein Interesse haben konnten. Aber daraus folgt nicht, daß mit Rücksicht auf die Ersatzkassen irgend etwas von dem vorstehend Entwickelten Abweichendes zu gelten hätte. Wenn § 507 RVO. vorschreibt, daß die Ersatzkasse dem Versicherungspflichtigen mindestens die Regelleistungen der Krankenkassen nach dem Grundlohn zu gewähren hat, der bei seiner Krankenkasse maßgebend ist, so ist dies eben, solange die Neufestsetzung noch nicht in Kraft ist, der bisherige Grundlohn. Und wenn eine Ersatzkasse nach § 518

RVO. in Verbindung mit § 11 des Gesetzes vom 28. 6. 19 (RGBl. S. 615, ArbVers. 36 S. 412; zu vgl. hierzu Hoffmann in ArbVers. 1919 S. 644) Anspruch auf Abführung von vier Fünfteln der Beitragsteile der Arbeitgeber hat, so sind selbstverständlich auch diese Beitragsteile nach der alten Grundlohnordnung zu bemessen, solange die neue noch nicht wirksam geworden ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Schiffer im Sinne des § 1226 Abs. 2 (§ 165 Abs. 2) RVO. sind Schiffsführer in gehobener Stellung.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 10. Juni 1920 (2591 Amtl. Nachr. 1920 S. 383).

Die Entscheidung des Versicherungsamts geht in ihrer Begründung im wesentlichen davon aus, daß für die Frage, wer als „Schiffer" im Sinne des § 1226 Abs. 2 RVO. anzusehen sei, „in sinnentsprechender Weise" die Vorschriften des Reichsgesetzes vom 15. Juni 1895/20. Mai 1898, betr. die privatrechtlichen Verhältnisse der Binnenschiffahrt, anzuwenden seien. Dieser Standpunkt hat nicht die Billigung des Beschlußsenats gefunden. Nach § 1226 Abs. 2 RVO. sind „Schiffer" der Verpflichtung zur Invalidenversicherung nur dann unterworfen, wenn nicht ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2000 M an Entgelt übersteigt. Zum Verständnis des Begriffs „Schiffer" im Verhältnis zu dem Begriff „Schiffsbesatzung" in § 1226 Abs. 1 Nr. 6 RVO. ist auf die Entstehungsgeschichte des § 1226 zurückzugreifen. Das Gesetz, betr. die Inv. und Altersvers., vom 22. Juni 1889 kannte noch nicht die Unterscheidung zwischen „Schiffsbesatzung" und „Schiffer". Nach dem dortigen § 1 Nr. 3 unterlagen der Versicherungspflicht die gegen Lohn oder Gehalt beschäftigten Personen der Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge (§ 2 des Gesetzes vom 13. Juli 1887, RGBl. S. 329) und von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt. Erst das Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899 führte eine Trennung zwischen „Personen der Schiffsbesatzung" und „Schiffsführern" ein, indem es in § 1 Nr. 3 a. a. O. für letztere die Versicherungspflicht nur für den Fall beibehielt, daß „ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt 2000 M nicht überstiege". Durch diese Trennung hat der Gesetzgeber zum Ausdruck gebracht, daß er unter „Schiffsführer" im versicherungsrechtlichen Sinne nur Personen in gehobener sozialer Stellung verstand. Denn in der Begründung zu § 1 des Entw. eines InvVersGesetzes — zu vgl. Drucks. des Reichst. Bd. 172 S. 695 ff. — ist ausdrücklich betont, daß durch die Erweiterung des versicherungspflichtigen Personenkreises bei Festsetzung einer Jahresarbeitsverdienstgrenze nach oben die Versicherung von Personen in gehobener sozialer Stellung nur insoweit beabsichtigt war, als sie wirtschaftlich nicht wesentlich günstiger gestellt sind als die Lohnarbeiter und deshalb in gleicher Weise wie diese der Fürsorge des Gesetzes bedürfen. Die Vorschrift des § 1 Nr. 3 des InvVersGesetzes ist inhaltlich zum Teil in § 1226 Abs. 2 RVO. übergegangen; mit dem Ausdruck „Schiffer" in § 1226 Abs. 2 RVO. sollte aber nichts anderes bezeichnet werden als mit dem Ausdruck „Schiffsführer" im § 1 Nr. 3 des InvVersGesetzes (zu vgl. Begr. zum Entwurf einer RVO. S. 388). Demnach sind „Schiffer" im Sinne des § 1226 Abs. 2 RVO. nur Schiffsführer, die eine gehobene Stellung einnehmen.

Ob von einer „gehobenen Stellung" gesprochen werden kann, ist von Fall zu Fall zu prüfen. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß die Stellung nur dann als eine gehobene angesehen werden kann, wenn der Schiffsführer nicht vorwiegend ähnliche Dienste verrichtet, wie sie von dem in der Gruppe Nr. 1 des § 1226 näher bezeichneten Personenkreise regelmäßig ausgeführt werden. Die in den Gruppen Nr. 2 bis 5 des § 1226 näher bezeichneten Versicherungspflichtigen sind Personen in gehobener sozialer Stellung. Dagegen ist für die Beurteilung der sozialen Stellung der Schiffsführer, die begrifflich zur Schiffsbesatzung — § 1226 Abs. 1 Nr. 6 — gehören, die Prüfung ihrer gesamten Tätigkeit und ihres Pflichtenkreises im Einzelfall erforderlich.

Unter Berücksichtigung vorbezeichneter Richtlinien kann die Stellung des Schleppdampferführers Sch. nicht als eine „gehobene" angesehen werden. Richtig ist, daß er als Führer eines Schleppdampfers ein erhebliches Maß von Verantwortung hat; jedoch dieser Umstand allein kann seine Stellung nicht zu einer „gehobenen" machen, da die berufliche Tätigkeit eines jeden Menschen Verantwortung gegenüber der Gesamtheit mit sich bringt. Insbesondere kann die Tätigkeit des Sch. deshalb nicht als eine gehobene angesehen werden, weil er an Bord seines kleinen Schiffes mit der übrigen Besatzung sich an den körperlichen Arbeiten, wie Deckreinigen, Anstreichen des Schiffes, Kohleneinnehmen, regelmäßig erheblich — wöchentlich mehrere Stunden — tatsächlich beteiligt hat. Hierbei ist es belanglos, ob seine Beteiligung lediglich aus kameradschaftlichen Gefühlen oder in Erfüllung einer Verpflichtung erfolgt ist. Bei einem Dampfer, der eine Schiffsbesatzung von

insgesamt nur drei Personen hat, liegt es in den Verhältnissen, daß auch der Leiter des Schiffes ebenso wie die übrige Schiffsbesatzung körperlich arbeiten muß, da mit der Führung allein seine Arbeitskraft nicht genügend ausgenutzt ist. Durch die tatsächlichen Verhältnisse wird mithin in vielen Fällen der Führer eines kleinen Dampfers den Angehörigen der Schiffsmannschaft invalidenversicherungsrechtlich gleichgestellt. Die Gleichstellung Sch. mit der Mannschaft kommt auch dadurch zum Ausdruck, daß er ebenso wie die übrige Schiffsbesatzung ohne schriftlichen Vertrag auf kurze Kündigung und gegen einen festen Lohnsatz angestellt war. Der Schiffsmannschaft gegenüber hatte Sch. auch keine Disziplinarbefugnisse. Er durfte selbständig niemanden entlassen oder neu einstellen. Daß Sch. gegenüber dem Maschinisten und Decksmann gewisse beschränkte Anordnungsbefugnisse hatte, ist für die Frage, ob die Stellung gehoben ist, nicht erheblich; denn beim Zusammenwirken mehrerer Personen ist es naturgemäß, daß nach einer Gesamtleitung die Arbeiten verrichtet werden, ohne daß deshalb der die Arbeit Überwachende in einer sozial höheren Stellung sich befinden muß als seine Mitarbeiter. Sch. hatte auch keine Befugnis, über die Fahrt des Dampfers frei zu verfügen; er erhielt vom Kontor die Schleppaufträge, die er lediglich auszuführen hatte, nur aushilfsweise durfte er Schleppaufträge selbständig annehmen, wenn dieserhalb das Kontor nicht zu erreichen war; aber auch bezüglich dieser Schleppaufträge hatte er nicht einmal das Recht, den Entgelt für die Schleppaufträge einzuziehen. Nach alledem war davon auszugehen, daß der Begriff „Schiffer" im versicherungsrechtlichen Sinne, d. h. im Sinne des § 1226 Abs. 2 RVO., sich nicht mit der Begriffsbestimmung des „Schiffers" im Sinne des Binnenschiffahrtsgesetzes deckt. Der Schleppdampferführer Sch. kann sonach nicht als „Schiffer" im Sinne des § 1226 Abs. 2 RVO. angesehen werden und ist daher gemäß § 1226 Abs. 1 Nr. 6 invalidenversicherungspflichtig, ohne daß es auf die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes ankommt.

Versicherungspflicht der im Kriege in das Lager Görlitz aufgenommenen Griechen.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 10. Juni 1920 (Ia 3867/18).

Der Kläger gehörte als Soldat dem IV. griechischen Armeekorps an, welches während des Weltkrieges Griechenland verlassen hatte, nach Deutschland übergetreten und in dem Lager Görlitz untergebracht worden war. Durch Vermittlung der Kommandantur Görlitz hatte ein Teil der griechischen Soldaten in verschiedenen Städten, wie Ratibor, Königshütte und Leipzig-Gohlis, Beschäftigung in industriellen Betrieben gegen Entgelt übernommen, so der Kläger in dem Betriebe der P... werke zu Ratibor. Die Beklagte hat die Entschädigung des Klägers wegen eines am 5. Februar 1918 in den genannten Werken erlittenen Unfalls mit der Begründung abgelehnt, daß der Verletzte Angehöriger eines Staates sei, mit dem sich das Deutsche Reich im Kriegszustand befinde, und daß er, wenn auch nicht als Kriegsgefangener, so doch wie die internierten Angehörigen feindlicher Staaten zu behandeln sei, daher keinen Anspruch auf Entschädigung aus der deutschen Sozialversicherung habe. Der gegen den ablehnenden Endbescheid eingelegten Berufung hat das Oberversicherungsamt stattgegeben, da die Angehörigen des IV. griechischen Armeekorps nicht Kriegsgefangene seien und nur der Disziplinaraufsicht ihrer eigenen militärischen Vorgesetzten unterständen, im übrigen aber, namentlich beim Eingehen eines versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses, völlig frei seien und daher als freie Arbeiter den Schutz der Versicherung genössen. Gegen dieses Urteil hat die Beklagte rechtzeitig Rekurs eingelegt mit dem Antrag, ihren ablehnenden Endbescheid wiederherzustellen. Der Kläger hat durch die von ihm damals bevollmächtigte Kommandantur Görlitz Zurückweisung des Rekurses beantragt. Auf den Inhalt der Schriftsätze der Parteien wird Bezug genommen. Es war, wie geschehen, zu erkennen.

Die von der Beklagten in ihrer Berufungsschrift, auf welche sie zur Begründung des Rekurses Bezug nimmt, erörterte Frage, ob zwischen dem Deutschen Reiche und Griechenland Kriegszustand bestanden hat, ist für die Beurteilung des vorliegenden Falles nicht von entscheidender Bedeutung. Selbst wenn angenommen wird, daß ein solcher Zustand geherrscht hat, ist die Versicherungspflicht des Verletzten zur Zeit des Unfalles zu bejahen. Denn der Eintritt des Kriegszustandes hat keinen unmittelbaren Einfluß auf die Versicherungspflicht der dem feindlichen Staate angehörigen, im Deutschen Reiche sich aufhaltenden Ausländer. Vielmehr wird die Versicherungspflicht dieser Ausländer erst dadurch aufgehoben, daß sie wegen des Kriegsausbruchs behördlicherseits Beschränkungen unterworfen werden, infolge deren sie nicht mehr am freien wirtschaftlichen Austausch von Arbeit und Lohn teilnehmen, also nicht mehr als freie Arbeiter gelten können. Die tatsächlichen Voraussetzungen hierfür sind im vorliegenden Falle nicht erfüllt. Daß der Kläger nicht als Kriegsgefangener, nämlich als eine Person, die als Angehöriger einer feindlichen bewaffneten Macht gefangen genommen worden ist, gelten kann, wird von der Beklagten selbst in dem Endbescheid und in der Berufungsschrift zugegeben. Der Verletzte wäre daher nicht anders zu beurteilen wie alle anderen seit Kriegsbeginn im Deutschen Reiche befindlichen Angehörigen feindlicher Staaten. Danach hängt die Beantwortung der Frage, ob die griechischen Sol-

daten bei Arbeiten in versicherungspflichtigen Betrieben gegen Unfall versichert gewesen sind, davon ab, ob sie anderweit in ihrer persönlichen Freiheit derart beschränkt gewesen sind, daß sie nicht als Arbeiter im Sinne der Reichsversicherungsordnung angesehen werden konnten. Dies ist aber zu verneinen. In einer Auskunft, welche das Auswärtige Amt im Einvernehmen mit dem Kriegsministerium (Kriegsamt) dem Staatssekretär des Reichswirtschaftsamts am 17. Januar 1918 erteilt hat, in der übrigens das Bestehen eines Kriegszustandes zwischen dem Deutschen Reiche und Griechenland verneint wird, wird ausdrücklich erklärt, daß die Griechen in dem Lager Görlitz nicht kriegsgefangen und daß sie aus Anlaß ihrer Beschäftigung keinen Freiheitsbeschränkungen unterworfen seien; sie seien hinsichtlich des Arbeitsverhältnisses wie freie deutsche Arbeiter zu betrachten, im übrigen aber unterständen sie der Kommandogewalt des IV. griechischen Armeekorps. Das Auswärtige Amt bemerkte noch, daß die im Lager Görlitz untergebrachten Griechen in einem „Gastverhältnis" zum Deutschen Reiche stehen. Nach dieser Stellungnahme der zuständigen obersten Behörden kann keine Rede davon sein, daß die Griechen ähnlichen Freiheitsbeschränkungen wie Angehörige feindlicher Staaten, z. B. die russisch-polnischen Arbeiter, auf deren versicherungsrechtliche Behandlung die Beklagte in der Berufungsschrift hingewiesen hat, unterworfen gewesen sind. Während die russisch-polnischen Arbeiter in ihrer persönlichen Freiheit durch obrigkeitliche Anordnungen, namentlich durch die von den stellvertretenden Generalkommandos übereinstimmend erlassenen Befehle erheblich eingeschränkt und einem gewissen Arbeitszwang unterworfen waren, nur mit behördlicher Genehmigung ihre Arbeitsstelle verlassen und eine andere Beschäftigung aufsuchten durften, unterlagen die Griechen derartigen Beschränkungen nicht. Wie die tatsächlichen Feststellungen ergeben haben, war es den Griechen völlig freigestellt, ob sie eine Beschäftigung in einem Betriebe übernehmen wollten oder nicht. Ebenso ungehindert konnten sie ihre Arbeitsstelle aufgeben und eine andere annehmen. In dieser Hinsicht hat die Kommandantur Görlitz, deren Obhut das IV. griechische Armeekorps anvertraut war, den Soldaten vollkommene Bewegungsfreiheit gelassen, und in allen übrigen Beziehungen die anerkannte Befehlsgewalt des genannten Korps über die zu ihm gehörigen Soldaten in keiner Weise beeinträchtigt. Soweit die Kommandantur bei der Einstellung der griechischen Soldaten in deutschen Betrieben mitgewirkt hat, war diese Mitwirkung vermittelnder Art, sie hat die Verhandlungen mit den Unternehmern, wie sich aus dem Inhalt der gedruckten, den Arbeitsverträgen zugrunde gelegten „Arbeitsbedingungen" ergibt, im Auftrag des IV. griechischen Korps geführt. Daß die griechischen Soldaten bei dem Aufgeben einer Arbeitsstelle wieder in das Lager Görlitz zurückkehren mußten, war in ihrem Unterordnungsverhältnis gegenüber dem IV. Armeekorps, in der militärischen Zucht und Disziplin begründet und hatte mit ihrer Ausländereigenschaft nichts zu tun.

Aber selbst wenn die Griechen ähnlichen Beschränkungen wie die russisch-polnischen Arbeiter unterworfen gewesen wären, weil man sie etwa für Angehörige eines feindlichen Staates betrachtete, so wäre der Kläger bei dem Unfall vom 5. Februar 1918 dennoch versichert gewesen, und zwar auf Grund der Bekanntmachung des Bundesrats über Unfallversicherung von Angehörigen feindlicher Staaten vom 30. März 1917 (abgedruckt in den Amtl. Nachr. des RVA. 1917 S. 366)*). Nach dieser Bekanntmachung sind die Angehörigen feindlicher Staaten, welche wegen der ihnen als solchen auferlegten Beschränkungen der Unfallgesetzgebung nicht unterliegen, vom 1. Januar 1917 ab der Reichsversicherungsordnung unterstellt worden. Die persönlichen Beschränkungen also, die über die Ausländer wegen ihrer Zugehörigkeit zu einem feindlichen Staat verhängt worden sind und nicht ihren Grund in anderen Umständen wie Kriegsgefangenschaft, Strafhaft und dergleichen haben, sind vom 1. Januar 1919 ab ohne Einfluß auf ihre Versicherungspflicht. Da sich der Unfall des Klägers nach dem bezeichneten Zeitpunkt ereignet hat, hätten etwaige Freiheitsbeschränkungen die versicherungsrechtliche Stellung des Klägers nicht beeinflussen können.

Vollends liegt nach der ganzen Sachlage kein Grund vor, die im Lager „Görlitz" untergebrachten Griechen als internierte Zivilgefangene feindlicher Staatsangehörigkeit (zu vgl. Rabeling, die Kriegsverordnungen zur Unfallversicherung, S. 35, Anm. 3 zu § 1 der Bekanntm. vom 30. März 1917) zu betrachten. Dies ist schon deshalb nicht angängig, weil die deutschen Behörden die Angehörigen des griechischen Armeekorps als Gäste, die sich freiwillig unter den Schutz des Deutschen Reiches gestellt hatten, angesehen haben, ist aber vor allem aus dem Grunde ausgeschlossen, weil bei einer Internierung von Angehörigen eines feindlichen Staates für eigene Befehlsgewalt dieses Staates gegenüber seinen Angehörigen, wie sie im vorliegenden Falle bestanden hat und ausdrücklich zugestanden worden ist, kein Raum ist, die Internierten vielmehr der ausschließlichen Zwangsgewalt der inländischen Behörde unterliegen.

*) ArbVers. 1917 S. 280.

B. Zur Krankenversicherung.

Wochenhilfe für Ehefrauen von Reichswehrangehörigen, insbesondere als Kriegsteilnehmern.

Erlaß des **bayer. Ministeriums für Soz. Fürs.** vom 22. Juli 1920 (Bayer. St. Anz. Nr. 173).

Zu der Frage, ob Ehefrauen von Reichswehrangehörigen auf Grund des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 (RGBl. S. 1069) wie der früheren Bestimmungen über Wochenhilfe, insbesondere der der VO. vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) noch Ansprüche auf Wochenhilfe erheben können, hat sich das Reichsversicherungsamt unter Zustimmung des Reichsarbeitsministeriums — vorbehaltlich instanzieller Entscheidung — wie folgt geäußert:

Ehefrauen von Reichswehrangehörigen, die dem Reich während des letzten Krieges keine Kriegsdienste geleistet haben, können bei Entbindungen Wochenhilfe und Wochenfürsorge lediglich nach Maßgabe der allgemeinen Vorschriften des Reichsgesetzes vom 26. September 1919 in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 (RGBl. S. 1069) beanspruchen (zu vgl. insbesondere die §§ 2, 10 und 17 ff. dieses Gesetzes). Dagegen ist Ehefrauen von Reichswehrangehörigen, die als Kriegsteilnehmer anzusehen sind, Wochenhilfe auf Grund der für sie in einzelnen Beziehungen günstigeren Vorschriften der Bekanntmachungen über die Kriegswochenhilfe zu gewähren, und zwar nach § 8 des erwähnten Gesetzes gegebenenfalls auch für Entbindungen, in der Zeit nach Beendigung des Krieges. Demnach ist, insolange diese Vorschrift und die Verordnungen über die Kriegswochenhilfe noch gelten, bei Anträgen auf Gewährung von Wochenhilfeleistungen im Einzelfalle zu prüfen, ob der Ehemann die Eigenschaft als Kriegsteilnehmer besitzt oder nicht. Bei Entscheidung dieser Frage wird davon auszugehen sein, daß als Kriegsdienst im Sinne der Kriegswochenhilfebekanntmachungen die Verrichtung militärischer Dienstleistungen während der Dauer des letzten Krieges zu gelten hat. Der Dienst bei der neuen Reichswehr vor Kriegsende dürfte in dieser Hinsicht dem bei den Formationen des alten Heeres oder ihren Abwicklungsstellen geleisteten grundsätzlich gleichzustellen sein. Deshalb wird auch der Übertritt von dem alten Heere zur neuen Reichswehr in diesem Zusammenhange lediglich als Fortsetzung militärischer Dienstleistungen zu bewerten sein und demnach nicht zum Verlust der Kriegsteilnehmereigenschaft führen. Nur der während der Kriegsdauer geleistete Militärdienst kann, wie bemerkt, als Kriegsdienst gelten. Als solche gilt die Zeit bis zur Beendigung des Krieges im staats- und völkerrechtlichen Sinne. Als Tag der Beendigung des Krieges ist hiernach der 10. Januar 1920 bestimmt worden (zu vgl. § 1 der Bekanntm. des Reichsarbeitsministers vom 25. Mai 1920, RGBl. S. 1081). Somit würden als Kriegsteilnehmer in obigem Sinne diejenigen Reichswehrangehörigen anzusehen sein, die bereits an diesem Tage Dienst bei der Reichswehr getan haben. Wer in diesen Dienst erst nach dem 10. Januar 1920 eintritt, ohne bis zum Eintrittstage sonstige militärische Dienste verrichtet zu haben, wird dagegen nicht mehr als Kriegsteilnehmer gelten können. Ausscheiden aus dem Militärdienst führt im allgemeinen zum Verlust der Kriegsteilnehmerschaft (zu vgl. jedoch § 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 26. September 1919). Ist sie auf diese Weise erloschen, so dürfte sie auch durch den Beitritt zur Reichswehr nach Kriegsende (dem 10. Januar 1920) nicht wieder aufleben.

Die Unterscheidung zwischen Ehefrauen von Kriegsteilnehmern und Nichtkriegsteilnehmern ist, wie schon angedeutet wurde, auch für die Zeit nach Beendigung des Krieges von Bedeutung. Denn in § 8 Abs. 2 des mehrerwähnten Gesetzes wird für Kriegsteilnehmer in obigem Sinne die Zeit nach dem 10. Januar 1920 in dem dort bezeichneten Umfang der Zeit der Kriegsdienstleistungen bei Anwendung der Bekanntmachungen über die Kriegswochenhilfe im Rechtssinne gleichgestellt. Und zwar betrifft § 8 Abs. 2 Satz 1 a. a. O. Entbindungen in der Zeit zwischen Kriegsende und der Entlassung aus dem Militärdienst, § 8 Abs. 2 Satz 2 solche, die nach Kriegsende binnen sechs Wochen nach der Dienstentlassung erfolgt sind. Dies hat zur Folge, daß die Vorschriften über die Kriegswochenhilfe nach geltendem Rechte zugunsten der Ehefrauen von Reichswehrangehörigen, die als Kriegsteilnehmer zu gelten haben, bis zu ihrem Ausscheiden aus dem Dienste der Reichswehr und darüber hinaus bis zu sechs Wochen nach dem Ausscheiden aus diesem Dienst anzuwenden sind.

Reise- und Zehrungskosten für die Reise des Versicherten zu einem Facharzt.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 1. Juni 1920 (2593 Amtl. Nachr. S. 399).

Zu den Kosten der ärztlichen Behandlung nach § 182 RVO. gehören auch diejenigen Aufwendungen des Versicherten, welche durch die Zuziehung des Arztes erforderlich werden (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 22 Ziff. 6). Genehmigt die Kasse die Beratung durch einen auswärts wohnenden Facharzt, so fallen unter die zu erstattenden Kosten jedenfalls die durch die Reise zum Arzte entstehenden notwendigen Auslagen. Neben dem im vorliegenden Falle unstreitig zu ersetzenden Fahrgeld gehören dahin auch die durch den Aufenthalt an dem fremden Orte dem Versicherten erwachsenen angemessenen Zehrungskosten. Denn der Aufwand für Verpflegung ist zur Erhaltung der Gesundheit des Erkrankten notwendig. Auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung ist in ständiger Rechtsübung bereits anerkannt worden, daß dem Versicherten Kosten, die durch Anordnung einer ärztlichen Untersuchung durch den Versicherungsträger entstanden sind, ersetzt werden müssen, hierzu werden auch die notwendigen Zehrungskosten gerechnet (zu vgl. unter anderem Handb. der Unfallvers. Bd. I Anm. 2 zu § 71 Gew. Unf. Vers. Ges. sowie Entsch. 2740, Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 675). Für das Gebiet der Krankenversicherung wird dies in der Literatur ebenfalls angenommen (zu vgl. Hoffmann, Kommentar

5. Aufl. Anm. 5 Ziff. 3 zu § 182 und v. Frankenberg, Kommentar Anm. 4c zu § 182 RVO.). Auch Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 4c zu § 182 rechnet zu den notwendigen Kosten der ärztlichen Behandlung diejenigen, durch welche die Behandlung erst ermöglicht wird. Gegenüber der Befürchtung der Beklagten, daß die Zubilligung von Zehrungskosten ihr Verpflichtungen auferlege, denen sie mit ihren Mitteln nicht nachkommen könne, ist darauf hinzuweisen, daß die rechtzeitige Hinzuziehung eines geeigneten, wenn auch auswärts wohnenden Facharztes eine wesentliche Beschleunigung der Heilung des Erkrankten und damit im Schlußerfolg eine Kostenersparnis für die Kasse zur Folge haben kann.

Bindende Bedeutung der Zustimmung des Versicherten zur Krankenhauspflege (§ 184 Abs. 1 RVO.).

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 5. Mai 1920 (2594 Amtl. Nachr. S. 399).

...In der Literatur und Rechtsprechung wird überwiegend anerkannt, daß ein Versicherter den Anspruch auf Krankenhilfe dann verliert, wenn er der Einweisung der zuständigen Kassenorgane in das Krankenhaus, in Fällen, in denen seine Zustimmung zur Krankenhauspflege nicht erforderlich ist (§ 184 Abs. 3 RVO.), keine Folge leistet, oder nach erfolgter Einweisung das Krankenhaus eigenmächtig verläßt (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3c zu § 184). Daß einer der Ausnahmefälle des § 184 Abs. 3 a. a. O. hier vorliegt, ergeben die bisherigen aktenmäßigen Feststellungen nicht. Die Klägerin hat indessen der Krankenhauspflege dadurch stillschweigend zugestimmt, daß sie sich von ihren Angehörigen, ohne einen Widerspruch erkennen zu lassen, nach dem Krankenhause bringen ließ. Es fragt sich hier also, ob ein Erkrankter in Fällen dieser Art an die von ihm einmal erteilte Zustimmung gebunden ist oder ob er die Zustimmungserklärung nach seinem Belieben jederzeit widerrufen und statt der Krankenhauspflege die regelmäßigen Krankenhilfeleistungen nach § 182 RVO. beanspruchen kann. Diese Frage ist nicht unbestritten. Der Senat hat angenommen, daß überwiegend rechtliche und praktische Gründe gegen die Zulässigkeit des jederzeitigen Widerrufs der Zustimmungserklärung sprechen. Denn in den Fällen des § 184 Abs. 1 kann Krankenhauspflege nur in wechselseitigem Einverständnis zwischen der Kasse und dem Versicherten gewährt werden, da die Krankenkasse zu ihrer Leistung, der Versicherte zu ihrer Annahme nicht verpflichtet ist. Es bedarf in dieser Hinsicht somit der Willenseinigung zwischen Kasse und Versichertem. Seine Zustimmung zur Krankenhauspflege bildet also nicht eine bloß einseitige Erklärung, sondern er tritt damit in ein Vertragsverhältnis zur Kasse (zu vgl. Hahn, ArbVers. 1897 S. 554 ff.). Zweck dieser Vereinbarung ist, die Unterlage für die Gewährung der Krankenhauspflege an Stelle der regelmäßigen Krankenhilfe nach § 182 zu schaffen. Und zwar übernimmt der Versicherte hierdurch im Zweifel der Kasse gegenüber zugleich die Verpflichtung, im Krankenhause bis zu seiner ordnungsmäßigen Entlassung zu verbleiben. Denn die mit Einwilligung des Versicherten eingeleitete Krankenhausbehandlung bezweckt die Durchführung eines Heilverfahrens gerade in einer Anstalt. Hiernach kann ein einseitiger Rücktritt des Versicherten von der Krankenhauspflege, ohne Zustimmung des anderen Vertragsteils, der Kasse, im allgemeinen nicht für zulässig erachtet werden. Nur dann wird der Widerruf der Zustimmung zu gestatten sein, wenn der Zweck der Krankenhauspflege erreicht, also infolge Änderung der Verhältnisse das weitere Verbleiben in der Anstalt unnötig und unangebracht erscheint (übereinstimmend Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 5b am Ende zu § 184 und in ArbVers. 1897 S. 557, anderer Meinung die Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 3. Dezember 1896, Reger, Entscheidungen Bd. 18 S. 43, Olshausen, Kommentar Anm. 8c zu § 184 und v. Frankenberg, Kommentar Anm. 10 l zu § 184 RVO.). Auch praktische Gründe sprechen für die hier vertretene Ansicht. Denn der Zweck der Anstaltsbehandlung würde in zahlreichen Fällen vereitelt werden, wenn der Versicherte vor Durchführung des Heilverfahrens willkürlich die einmal begonnene Krankenhausbehandlung abbrechen könnte. Ebenso wie die Kasse, nachdem sie einmal von dem ihr nach § 184 zustehenden Wahlrecht durch Einweisung in ein Krankenhaus Gebrauch gemacht hat, daran so lange gebunden bleibt, als die Fortsetzung der Krankenhauspflege notwendig ist, insbesondere also solange die Entlassung geeignet wäre, auf den Gesundheitszustand des Kranken ungünstig einzuwirken (zu vgl. Revisionsentsch. 2353 Amtl. Nachr. des RVA. 1917 S. 505), bleibt hiernach auch der Kranke an seine Zustimmung gebunden und darf nicht durch seine Willkür eine Gefährdung seines Zustandes und damit eine weitere unnötige Belastung der Kasse herbeiführen. Er kann also auch dann, wenn die nach der Art seiner Krankheit erforderliche Pflege in seiner Familie wohl möglich ist, nicht willkürlich das Krankenhaus verlassen und nun Krankenhilfe nach § 182 RVO. verlangen, sondern im allgemeinen nur, wenn der behandelnde Arzt einen solchen Wechsel für ungefährlich hält und ihn ausdrücklich aus der Krankenhausbehandlung entläßt. Verläßt er aber das Krankenhaus, solange noch nach ärztlichem Urteil die Krankenhauspflege

notwendig ist, so verzichtet er damit auf die Leistung der Krankenhilfe überhaupt. Er kann dann also auch nicht die Leistungen aus § 182 verlangen....

Ruhen der Krankenhilfe während des Kuraufenthaltes in Davos.

Erlaß des **Reichsarbeitsministers** vom 17. September 1920 (II 6520).

Seitens der Fürsorgestelle am Deutschen Kriegerkurhaus Davos-Dorf ist mir die in der Anlage abschriftlich mitgeteilte Eingabe vom 2. Juli dieses Jahres zugegangen*). In der gestellten Form wird dem Antrag nicht stattgegeben werden können, da auch auf Deutsche Krankenhäuser, wenn sie sich im Auslande befinden, die Bestimmungen des § 216 RVO. anzuwenden sind. Dagegen ließe sich die Frage aufwerfen, ob tatsächlich ein freiwilliger Aufenthalt im Ausland anzunehmen ist, wenn der Kriegsbeschädigte durch die zuständige Fürsorgestelle in das in der Schweiz gelegene Kriegerkurhaus eingewiesen ist. Da indessen in dieser Beziehung immerhin Zweifel entstehen können, anderseits es unzweifelhaft im hohen Grade unbillig sein würde, wenn in Fällen dieser Art die Krankenhilfe zum Ruhen gebracht werden sollte, so ersuche ich den Verband auf die angeschlossenen Kassen dahin einzuwirken, daß sie für die bereits eingetretenen Fälle dieser Art ihre Zustimmung nachträglich erteilen und diese Zustimmung auch für weitere Fälle nicht versagen. Ich werde dagegen dafür sorgen, daß für die Folge die Fürsorgestellen veranlaßt werden, sich vorher mit dem zuständigen Krankenkassenvorstand in Verbindung zu setzen und dann erst die Einweisung vorzunehmen.

*) Die Eingabe enthält das Gesuch, dahin zu wirken, daß die Krankenkassen das Kriegerkurhaus in Davos als deutsches Krankenhaus anerkennen.

Prüfungsordnungen eines Kassenverbandes.

Erlaß des **preußischen Ministers für Volkswohlfahrt** vom 1. September 1920 (Volksw. 1920 S. 305).

Für die Genehmigung einer vom Landkrankenkassenverband für Schlesien aufgestellten Prüfungsordnung durch das Oberversicherungsamt fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage. Der Genehmigung unterliegen nach § 355 RVO. die von den einzelnen Krankenkassen beschlossenen Dienstordnungen und demzufolge Prüfungsordnungen für Kassenangestellte nur, wenn sie Teile einer Dienstordnung bilden, oder wenn in einer Dienstordnung ausdrücklich auf die Genehmigung einer von dem Kassenvorstand aufgestellten oder anerkannten Prüfungsordnung Bezug genommen wird. Es steht nichts im Wege, daß das Oberversicherungsamt zu der Vorschrift einer Dienstordnung die Genehmigung erteilt, nach welcher die Angestelltenprüfung nach Maßgabe einer Prüfungsordnung (und vor dem entsprechenden Prüfungsausschuß) stattfindet, die vom Verbande aufgestellt ist und von der einzelnen Krankenkasse als für sich bindend anerkannt wird.

Um eine Anstellung von Angestellten durch den Kassenverband für die ihm angeschlossenen Kassen im Sinne des § 407 Ziffer 1 RVO. handelt es sich in diesem Falle nicht. Es kommt daher auch keine Genehmigung nach § 414 Satz 2 in Frage.

C. Zur Militärversorgung.

Kriegsdienstbeschädigung als Voraussetzung der Kriegszulage.

Ref. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 13. April 1920 (Entsch. 1 S. 70).

Der Anspruch auf Kriegszulage ist begründet, wenn die die Erwerbsfähigkeit aufhebende oder mindernde Dienstbeschädigung durch den Krieg herbeigeführt worden ist (§ 14 des MVG.). Die Dienstbeschädigung ist aber nicht schon dann durch den Krieg herbeigeführt, wenn der Krieg zu dem Dienste Anlaß gegeben hat, vielmehr muß sie auf besondere, dem Krieg eigentümliche Verhältnisse zurückzuführen sein. . . . Das Berufungsgericht sieht einen besonderen, dem Kriege eigentümlichen Umstand darin, daß der Kläger nur unter den eigenartigen Verhältnissen der Kriegszeit überhaupt zum Militärdienst eingestellt worden ist. Hierin kann ihm nicht beigetreten werden. Wenn vom Gesetz (§ 14 des MVG.) gefordert wird, *daß die Dienstbeschädigung* durch den Krieg herbeigeführt, d. h. also *durch besondere, dem Kriege eigentümliche Verhältnisse verursacht sein müsse*, so kann damit nicht gemeint sein, daß dieser Voraussetzung schon genügt sei, wenn der Dienst selbst nur unter den besonderen Verhältnissen des Krieges gefordert werden konnte. *Daran ändert es auch nichts, daß der Dienst hier noch in einem vorgerückten Alter geleistet werden mußte*, in dem man den Anstrengungen des Heeresdienstes nicht mehr in dem Maße wie Personen in jüngeren Jahren gewachsen ist, die Einziehung zum Dienste an sich also eine starke Gefährdung der Gesundheit mit sich bringt. *Diese Gefährdung genügt nicht*, vielmehr kommt es, jedenfalls nach den im Heimatsdienste zu stellenden strengeren Anforderungen, darauf an, ob die

schädigenden Einwirkungen, durch welche die Gesundheitsstörung hervorgerufen worden ist, mit der eigentlichen Kriegführung im unmittelbaren Zusammenhang stehen. . . .

Vorübergehender Aufenthalt in Kampfstellung zum Zwecke der Belehrung als Kriegsteilnahme?

Ref. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 4. Mai 1920 (Entsch. 1 S. 90).

Der von dem verstorbenen Kläger erhobene Anspruch, das Jahr 1915 als Kriegsjahr bei der Berechnung der Dienstzeit doppelt anzurechnen, weil er sich während seiner Befehligung zu den Besichtigungen bei einem Rekrutendepot im Felde in der Zeit vom 29. November bis zum 4. Dezember 1915 in vorderster Stellung und insbesondere im Schützengraben befunden, und weil eine regelrechte Beschießung der deutschen Infanterie durch den Feind an zwei Tagen stattgefunden habe, ist mit Recht abgelehnt worden. Gemäß § 16 des OPG. wird für jeden Krieg, an welchem ein Offizier im Reichsheere teilgenommen hat, zu der wirklichen Dauer der Dienstzeit ein Jahr (Kriegsjahr) hinzugerechnet. Nach § 17 a. a. O. bestimmt der Kaiser, wer als Teilnehmer an einem Kriege anzusehen ist. Nach der grundlegenden Kabinettsordre vom 7. September 1915 (RGBl. S. 599, Armee-Verordnungsblatt S. 419) gelten als Kriegsteilnehmer: 1. die Angehörigen des deutschen Heeres, der Marine, der Schutz- und Polizeitruppen in den Schutzgebieten, die während des Krieges an einer Schlacht, einem Gefecht, einem Stellungskampf oder an einer Belagerung teilgenommen haben, gleichgültig, ob diese Teilnahme bei den Deutschen oder den Streitkräften eines mit dem Deutschen Reiche verbündeten oder befreundeten Staates erfolgt ist; 2. die Angehörigen des deutschen Heeres, der Marine, der Schutz- und Polizeitruppen, die, ohne vor den Feind gekommen zu sein, sich während des Krieges aus dienstlichem Anlaß mindestens zwei Monate im Kriegsgebiete aufgehalten haben. Die Voraussetzungen zu 2) liegen nicht vor, da der verstorbene Kläger sich nur wenige Tage im Kriegsgebiet aufgehalten hat. Aber auch die Voraussetzungen zu 1) sind nicht gegeben, da eine „Teilnahme" des verstorbenen Klägers an einer Schlacht, einem Gefecht, einem Stellungskampf oder an einer Belagerung nicht stattgefunden hat. Der damals im heimatlichen Ausbildungsdienst stehende Kläger war zu seiner Belehrung zu den Besichtigungen bei einem Rekrutendepot im Felde befehligt, um die hierbei gewonnenen Eindrücke bei der Ausbildung der Truppen im Heimatgebiet zu verwerten. Wenn nun auch, wie aus den mit der Rekursschrift überreichten Abschriften aus dem Kriegstagebuche des Truppenteils hervorgeht, an den beiden Tagen, an denen sich der verstorbene Kläger in der Stellung, insbesondere im Schützengraben aufgehalten hat, eine Beschießung der Stellung durch die feindliche Artillerie stattgefunden hat, so folgt daraus noch nicht, daß der verstorbene Kläger an dem Stellungskampf im Sinne der angeführten Bestimmungen teilgenommen hat. Eine Betätigung seinerseits an etwaigen Kampfhandlungen, die über den Zweck seiner Anwesenheit in der Stellung hinausging, hat nicht stattgefunden, er ist daher als Kriegsteilnehmer nicht anzusehen. Dem Rechtsmitte. mußte danach der Erfolg versagt werden.

Sprechsaal.

Buchung und Nachweisung des einmaligen Fernsprechbeitrages der Krankenkassen.

Nach § 10 des Reichsgesetzes vom 6. Mai 1920 (RGBl. S. 896) haben die Fernsprechteilnehmer zum Ausbau des Fernsprechnetzes einen einmaligen Beitrag von 1000 ℳ für jeden Hauptanschluß und von 200 ℳ für jeden Nebenanschluß zu leisten. Der Beitrag wird von dem auf die Einzahlung folgenden Monat mit 4 v. H. verzinst und dem Teilnehmer bei Aufhebung des Anschlusses zurückgezahlt. Die Zinszahlung endigt mit dem Ablauf des Monats, in dem der Beitrag zurückgezahlt wird. Der Beitrag ist am 1. Oktober 1920 fällig; er kann auch in vierteljährlichen Teilzahlungen entrichtet werden. Nach erfolgter Einzahlung des Fernsprechbeitrages wird dem Teilnehmer durch die Post ein Empfangsbekenntnis übersendet.

Die Zinsen werden dem Inhaber des Hauptanschlusses im April jedes Jahres durch Gutschrift in der Rechnung über die fortlaufenden Fernsprechgebühren, für das zweite Kalendervierteljahr im Wege der Aufrechnung vergütet. Die Zinsbeträge sind nach § 3 Abs. 1 Nr. 6 des Kapitalertragssteuergesetzes von dieser Steuer befreit. Der einmalige Fernsprechbeitrag stellt demnach eine Vermögensanlage dar und ist als solche im Kassenbuch sowohl als auch in der Vermögensnachweisung durchzuführen.

Für die staatlichen Stellen ist aus Gründen der Geschäftsvereinfachung bestimmt worden, daß der einmalige Fernsprechbeitrag unter Post-, Telegraphen- und Fernsprechgebühren zu verrechnen und eine besondere Vereinnahmung der Zinsen nicht stattzufinden hat, sondern daß lediglich die um die Zinsen gekürzten Fernsprechgebühren als Ausgaben nachzuweisen sind. Die Rückzahlungen des Fernsprechbeitrages sind gleichfalls durch Kürzung an den Ausgaben für Post-, Telegraph- und Fernsprechgebühren zu vereinnahmen. Das Empfangsbe-

kenntnis hat einen Beleg zum Mobilienverzeichnis zu bilden. Diese wohl zur Geschäftsvereinfachung geeigneten Maßnahmen werden jedoch für die Krankenkassen, wenn überhaupt, mangels einer diesbezüglichen aufsichtlichen Verfügung, nur auf Grund Vorstandsbeschlusses zulässig sein, weil die für jedes Geschäftsjahr neu aufzustellende Vermögensnachweisung jede Veränderung in dem Bestande und seine Zusammensetzung erkennen lassen muß. Die Einzahlung und Rückzahlung des Fernsprechbeitrages bilden je eine Veränderung im Bestande des Vermögens der Krankenkasse und sind als solche zu behandeln. Infolgedessen sind auch die eingehenden Zinsbeträge im Rechnungsabschluß unter Erträge aus Kapitalanlagen zu berücksichtigen. Da die Zinsen durch Gutschrift oder Aufrechnung vergütet werden, ist der ganze Rechnungsbetrag als Ausgabe, der Zinsbetrag als Einnahme gesondert vorzutragen. Die Rückzahlungen des Fernsprechbeitrages sind als Einnahmen aus Vermögensanlagen zu verrechnen. Soweit ein Kassenverband nach § 406 RVO. zur Entrichtung des Fernsprechbeitrages verpflichtet ist, wird er nach Maßgabe der Satzung des Kassenverbandes oder nach der Zahl der beteiligten Kassen zu verteilen sein. Doch dürfte es in diesem Falle der Einfachheit halber zweckmäßig sein, den Fernsprechbeitrag nur auf eine Kasse in obigem Sinne zu verrechnen, weil sodann die Zins- und Rückzahlungen leichter überwacht und gebucht werden können.

K. P.

Das Krankenbuch in Kartenform.

Zu der Abhandlung von Schönwald in Heft 25 S. 494 sei das Folgende ausgeführt: Sehr sympathisch ist mir der eingangs geäußerte Grundgedanke, daß ein übertrieben ängstliches Suchen nach der richtigen Form in Anlehnung an vermeintliche gesetzliche Bestimmungen durchaus nicht im Sinne der Verordnung liegt. Wenn die verlangten Zahlen einwandfrei ermittelt und nachgewiesen werden können, ist dem Willen des Gesetzgebers Genüge geschehen. Der Kernpunkt der ganzen Frage wird immer der sein, auf welche Weise sich die Nachweisungen und gewünschten Statistiken am sichersten und bequemsten fertigstellen lassen.

Zu diesem Zwecke scheint mir allerdings auf Grund langjähriger praktischer Erfahrung das Krankenbuch in Kartenform am geeignetsten. Die von Schönwald angeführten Nachteile dieses Systems, so z. B. die Anschaffungskosten der Kastenschränke sowie die notwendige Trennung von Schriftwechsel und Karten, spielen gegenüber den Vorteilen des Systems doch wohl keine Rolle. Der erste Nachteil läßt sich ganz erheblich dadurch herabmildern, daß die Krankenkarten nur nach Bedarf ausgestellt und erneuert, also nicht alljährlich, angelegt werden. Die Karten bieten meistens, trotz Eintragung der einzelnen Leistungen, auf Jahre hinaus den erforderlichen Raum. Eine derartige „Dauerkrankenkarte" ist in meinen „Richtlinien für einheitliche Geschäftsberichte und Statistiken der Krankenkassen mit Vorschlägen auch für eine gleichmäßige Kassenbuchführung" abgedruckt. Dem weiteren Nachteile der Trennung des Schriftwechsels von der Krankenkarte läßt sich ebenfalls leicht abhelfen durch im Bedarfsfalle anzulegende Mitgliederakten, in denen der gesamte Schriftwechsel über Unterstützungsangelegenheiten gesammelt wird. Den von Schönwald empfohlenen Krankenblättern haftet dagegen der wesentliche Mangel an, daß sie für jeden Krankheitsfall neu anzulegen sind. Abgesehen von den dadurch erhöhten Unkosten für Vordrucke ist das Verfahren auch zeitraubender.

Eine nochmalige Zusammenstellung der Krankenkartenergebnisse in Buchform ist eine unnütze, doppelte Arbeit, denn auch dann werden die Zahlen zu statistischen Zwecken besonders herausgezogen werden müssen. Diese Arbeit beseitigt auch das von Schönwald empfohlene „erweiterte Register" nicht, denn die Schlußzahlen desselben zeigen nur die Gesamtkrankheitstage, getrennt nach Krankheitsgruppen. Zur Fortschreibung der Statistiken werden zweckmäßig am Jahresbeginn statistische Bogen angelegt, in denen alle erforderlichen Spalten vorzusehen sind, und die auf die verschiedenartigsten Nachweisungen eingerichtet werden können. Nach Abschluß eines Krankheitsfalles muß an Hand der Krankenarten sofort oder längstens in wöchentlichen Zeitabschnitten die Eintragung in die statistischen Bogen erfolgen. Arbeitsfähig Erkrankte, Arzthonorare, Arzneikosten usw. sind in ähnlicher Weise in den Bogen zu registrieren. Am Jahresschlusse sind dann die Nachweisungen fertig und nur die Schlußzahlen zu ziehen.

Für die allerdings notwendige Kontrolle über das Vorhandensein der Krankenkarten bedarf man gleichfalls einer zweiten Krankennachweisung oder eines Registers in Buchform nicht; es genügt vielmehr vollständig die Führung von Registerkärtchen in Postkartenformat, ähnlich wie sie sich bei den Mitgliederakten bewährt haben, als Kartothek. Diese Kärtchen brauchen lediglich die Personalien des Mitgliedes und die Nummer der Krankenkarte zu tragen und müssen Raum für kurze Notizen über eine etwaige längere Entnahme der Krankenkarten bieten. Die Registerkärtchen sind genau so wie Krankenkarten nur bei Bedarf, und zwar dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eines Mitgliedes, auszustellen. Außerdem ist die Nummer der Krankenkarte auf der Personalkarte zu vermerken. Dieses einfache Verfahren sichert zur Genüge die erforderliche Kontrollmöglichkeit der Krankenkarte.

Für größere und mittlere Kassen, die Statistik betreiben, ist die Führung des Krankenbuches in Kartenform unerläßlich, Voraussetzung ist jedoch immer, daß die Ergebnisse der einzelnen Karten systematisch und nicht in schwerfälliger Weise zusammengestellt werden.

Verwaltungsdirektor Herrmann in Oels.

Anmerkung: Wir haben den Erörterungen der für die Kassenpraxis gewiß wichtigen Frage in unserer Zeitschrift gern breiten Raum gewährt (zu vgl. 1919 S. 510, 1920 S. 175, 355, 494), glauben aber nunmehr, mit den vorstehenden Ausführungen die Debatte über diesen Gegenstand schließen zu sollen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Erhöhung der Versicherungsgrenze und Einführung des Markensystems in der Angestelltenversicherung.

In einer Sitzung vom 29. 7. 20 hatte der Verwaltungsrat der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte beschlossen, das Direktorium zu ersuchen, unverzüglich alle Maßnahmen zu ergreifen, um eine Erhöhung der Versicherungsgrenze zu erreichen, da bei der gegenwärtigen Grenze von 15 000 *M* nicht nur in vielen Betrieben, sondern sogar an Orten mit besonders teuren Lebensverhältnissen die Mehrzahl aller Angestellten überhaupt nicht mehr versicherungspflichtig sei, und somit die Gefahr bestehe, daß für eine Mehrheit der Angestellten die Absicht des Gesetzes hinfällig werde. Das Direktorium hat hierauf eine Umfrage bei den größeren Arbeitgeber- und Angestelltenverbänden veranlaßt und danach einstimmig, also auch mit Zustimmung der Arbeitgebervertreter, beschlossen, die Erhöhung der Versicherungsgrenze auf 25 000 *M* zu befürworten. In der Sitzung des Verwaltungsrats vom 19. 8. 20 wurde hierüber verhandelt und schließlich ein Antrag angenommen, wonach die Grenze auf 30 000 *M* erhöht werden soll, entsprechend den Ausführungen eines Angestelltenvertreters, der — gegenüber dem völlig ablehnenden Verhalten der Vereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände — bemerkt hatte: Ein Angestellter könne bei einem Gehalt von 15 000 *M* heute keine Rücklagen für die Zukunft machen. Bei der augenblicklichen Versicherungsgrenze fielen fast alle qualifizierten Angestellten aus der Versicherung heraus, vor allem die verheirateten. Dies bedeute, abgesehen von den sozialen Schäden für die Versicherten selbst, auch eine große finanzielle Schädigung für die Anstalt. Auch eine Versicherungsgrenze von 30 000 *M* erfasse nicht alle die Angestellten, die früher ein Gehalt von 5000 *M* bezogen hätten.

In derselben Sitzung wurde über Änderung des Beitragssystems der Angestelltenversicherung verhandelt. Der Vorsitzende teilte mit, daß das Direktorium beschlossen habe, dem Verwaltungsrat die Einführung des Markensystems als Beitragssystem zu empfehlen. Aus der Erörterung ist hervorzuheben: Ein Arbeitgebervertreter bat, dem Beschluß des Direktoriums zuzustimmen, sich aber nicht festzulegen auf die vom Berichterstatter vorgetragenen Leitsätze des Ausschusses; diese zeigten, daß die ganze Idee noch nicht ausgereift sei. Das neue System bedeute zweifellos eine Mehrbelastung der Arbeitgeber, vor allem durch regeren Schriftverkehr und durch erhöhte Portokosten. Er ist der Ansicht, daß zweckmäßigerweise mit der Post ein Abkommen über den Markenvertrieb zu treffen sei. Eine Fälschungsgefahr bestehe heute kaum noch. Er hält eine Einführung von einzelnen Beitragsstellen nicht für empfehlenswert. Der Bochumer Knappschaftsverein habe mit solchen Stellen schlechte Erfahrungen gemacht. Er schlägt vor, nach Möglichkeit die Einrichtungen der Invalidenversicherung als Vorbild zu nehmen. — Der Berichterstatter widersprach der Auffassung, daß durch das neue System eine Mehrbelastung der Arbeitgeber zu erwarten sei. Das Gegenteil sei der Fall. Das Markenkleben bedeute keine Mehrarbeit, da der Arbeitgeber auch schon bisher Eintragungen in die Versicherungskarte machen mußte. Die „Übersichten“ und die „Veränderungsanzeigen“ würden durch das neue Verfahren gänzlich überflüssig. Er gebe allerdings zu, daß die bisherigen Systeme sich nicht auswirken konnten, aber so viel stehe fest, daß sie den Anforderungen des Krieges nicht gewachsen waren. Zudem könnten die Kosten des bisherigen Systems auf die Dauer kaum getragen werden. Der Ausschuß habe sämtliche Fragen reiflich erwogen; er habe bisher nur allgemeine Richtlinien aufgestellt, Einzelheiten seien weiterer gründlicher Prüfung vorbehalten. — Der Anregung, das Verfahren der Invalidenversicherung als Muster zu nehmen, wurde von einem Arbeitgebervertreter widersprochen, da dieses Verfahren sich stets als teuer erwiesen habe. Die Verhandlungen mit der Post hätten ergeben, daß sich der Markenverkauf durch diese jedenfalls sehr teuer stellen werde. Auch werde die Post voraussichtlich die weitere Bedingung stellen, daß die Marken bei der Reichsdruckerei zu drucken seien. Ob diese zur Zeit hierzu in der Lage sei, müsse bezweifelt werden. — Hierzu bemerkte ein Mitglied des Direktoriums, daß nach den Verhandlungen mit der Post diese überhaupt nicht geneigt sei, den Markenverkauf zu übernehmen. Falls sie den Verkauf dennoch übernehme, müsse man mit mindestens 10 Millionen Mark Jahreskosten rechnen. Er hält daher schon mit Rücksicht auf die Kostenfrage den Markenversand durch die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte für die zweckmäßigste Lösung. — Ein Arbeitgebervertreter äußerte nochmals seine Bedenken gegen das zentralisierte Markenvertriebssystem. Sehr erwägenswert hält er die Vorschläge, andere Stellen, wie die Sparkassen, zum Markenverkauf heranzuziehen. Vielleicht könne der Verkauf auch durch die Gemeinden erfolgen. Er sehe auch eine große Erschwerung in der in Aussicht genommenen Vorausbezahlung der Marken. Die durch die Revisionen verursachten Kosten würden sich ungeheuer hoch stellen. Er schlug nochmalige gründliche Durchprüfung aller dieser Fragen vor und beantragt, heute nur grundsätzlich zu beschließen, das Markensystem einzuführen. — Schließlich wurde folgender Vorschlag des Vorsitzenden einstimmig zum Beschluß erhoben:

Der Verwaltungsrat stimmt dem Beschlusse des Direktoriums auf Einführung von Beitragsmarken zu und empfiehlt, bei Bearbeitung der gesetzlichen Vorschriften die vom Ausschuß vorgeschlagenen Richtlinien zugrunde zu legen.

Jahresversammlung des Provinzialverbandes schlesischer Ortskrankenkassen.

Die Jahresversammlung fand in Breslau am 3. und 4. Oktober statt. Es waren 115 Vertreter von 58 angeschlossenen Ortskrankenkassen anwesend, außerdem zahlreiche Vertreter von Behörden. Aus den Verhandlungen heben wir im Auszuge folgende Berichte hervor, an die sich lebhafte Aussprachen anschlossen.

1. Über die Arztfrage berichtete der Geschäftsführer des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, Herr Lehmann. Er ging auf das Zustandekommen des Tarifvertrages ein, und wies darauf hin, daß die Kassen nur geschlossen den Forderungen der Ärzte entgegentreten können. Die einzelne Kasse ist nicht in der Lage, für sich günstige Bedingungen zu erreichen, weil recht oft, besonders in kleinen Orten, gesellschaftliche Beziehungen zu den Ärzten ein wirksames Verhandeln unmöglich

machen. Der Leipziger Ärzteverband sei überhaupt keine vertragsfähige Organisation, wie dies auch von dem ehemaligen Reichsarbeitsminister Bauer zum Ausdruck gebracht worden ist. Die Verhandlungen, welche die Kassenhauptverbände trotz des Tarifabkommens bereits im Februar d. J. führen mußten, brachten leider keinen Erfolg. Der weitere Verlauf und die Erledigung des Streits durch den bekannten Schiedsspruch wurden vom Berichterstatter geschildert. Über die freie Arztwahl bemerkte er, daß ihre Einführung dazu beitragen würde, daß der Zustrom zum Arztberuf noch größer wird als bisher. In nächster Zeit werden im Deutschen Reiche mindestens 55 000 Ärzte vorhanden sein. Die Hälfte hiervon würde bei weitem ausreichen. Die Kassen sollen aber gezwungen werden, dafür zu sorgen, daß alle Ärzte Beschäftigung haben, und daß sie schließlich auch aus dieser Beschäftigung ein Einkommen erzielen, das sie in die Lage versetzt, hiervon leben zu können. Das ist ein Ding der Unmöglichkeit, und deshalb wird auf Grund gesetzlicher Maßnahmen die ärztliche Behandlung auf andere Grundlagen gestellt werden müssen. Das Behandlungsmonopol der Ärzte muß beseitigt werden. — Nach lebhafter Aussprache wurde folgende Entschließung einstimmig angenommen: „Die heute in Breslau tagende Versammlung der Vorstände der Krankenkassen Schlesiens stellt fest, daß der am 25. Mai d. J. ausgebrochene Ärztestreik Formen angenommen hat, die nichts anderes bedeuten, als den Boykott der Armut, der mittellosen Klassen und Kranken. Die Schuld an diesen Vorkommnissen trägt der Leipziger Ärzteverband. Es muß ausdrücklich festgestellt werden, daß die in Anwendung gebrachten Mittel die Grenzen des sittlich Erträglichen überschritten und die furchtbare Tatsache gezeitigt haben, daß hilflosen Kranken aus Ursachen, an denen sie nicht schuld sind, die ärztliche Hilfe versagt wurde. Um zu verhindern, daß diese entsetzlichen Zustände des Boykotts der Armut, der mittellosen Klassen und Kranken sich wiederholen, fordert die heutige Konferenz der schlesischen Kassenvorstände die Reichsregierung auf, bald eine gesetzliche Regelung der Kassenarztfrage vorzunehmen. Die Versammlung fordert alle Kassenvorstände auf, das Material einheitlich zu sammeln und der Regierung zu überreichen. Sie fordert im Namen der Gerechtigkeit und Menschlichkeit, daß die Behandlung aller Kassenkranken im Einklang mit den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung in Zukunft nicht mehr in Frage gestellt werde, da die Gesundheit des ganzen Volkes auf dem Spiele steht. Es darf in Zukunft nicht mehr vorkommen, daß stillenden Müttern die Stillscheine verweigert werden, daß staatliche und städtische Krankenhäuser die Aufnahme erkrankter Kassenmitglieder verweigern. Die Versammlung fordert daher schon heute die in Frage kommenden staatlichen und städtischen Behörden auf, rechtzeitig dafür Sorge zu tragen, daß derartige Vorkommnisse sich nicht mehr wiederholen. Über dem Wohl des einzelnen muß das Wohl der Gesamtheit stehen, dessen Hüter die Gesetzgebung ist."

2. Über die Arznei- und Heilmittelversorgung der Krankenkassen berichtete Herr Oberapotheker Linnartz. Er wies nach, daß die Krankenkassen auf diesem Gebiete noch viel sparen können. Notwendig ist jedoch, daß auch die Ärzte angehalten werden, sparsam zu verordnen. Hierauf fand folgende Entschließung einstimmige Annahme:

„Die Jahresversammlung des Provinzialverbandes schlesischer Ortskrankenkassen nimmt Stellung zur Arznei- und Heilmittelversorgung der Versicherten. Sie ist der Überzeugung, daß eine Verminderung der Ausgaben möglich ist, wenn folgende Leitsätze durchgeführt werden:

1. Aufklärung der Mitglieder über die hohen Ausgaben für Arzthonorar, Krankenhauspflege, Arzneien, Verbandstoffe, Brillen usw.
2. Anweisung an die Ärzte wegen einer sparsamen Verordnungsweise und die Einführung der Regreßpflicht.
3. Günstige Vereinbarungen (Lieferungsverträge) mit den Apotheken. Falls solche nicht durchführbar sind: Einrichtung der Selbstabgabe von Verbandstoffen, Artikeln zur Krankenpflege, Heilmitteln und freigegebenen Arzneimitteln.

Ferner fordert die Versammlung von den gesetzgebenden Körperschaften die Einführung einer zeitgemäßen Reichshandverkaufstaxe, Erweiterung der Liste A (freigegebene Arzneimittel) und eine Apothekenreform, eventuell Errichtung von Krankenkassenapotheken."

3. Über die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen sprach Herr Geschäftsführer Kirchhoff, der die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens der Krankenkassen klarlegte und darauf hinwies, daß nicht nur die Arztfrage allein, sondern auch die Apothekerfrage das unbedingte, gemeinsame Handeln erfordert. An jedem Orte müsse deshalb zum mindesten erreicht werden, daß alle Krankenkassen, gleichviel welcher Gattung, solche Arbeitsgemeinschaften bilden.

Senkung der Preise für Arzneigefäße.

Der Allgemeine deutsche Knappschaftsverband zu Berlin hat am 6. September d. J. nachstehende Eingabe an das Ministerium des Innern, an das Wohlfahrtsministerium und an den 4. Unterausschuß des 7. Ausschusses des Reichsgesundheitsamts gerichtet:

„Die in der Deutschen Arzneitaxe festgesetzten Preise für Gefäße wurden schon während des Krieges erhöht, zurückzuführen auf die anhaltende Steigerung der Fabrikpreise. In den Verbraucherkreisen besteht aber seit langem die Meinung, daß die Preise über das Angemessene weit hinausgehen, und die Abschlüsse der Flaschenfabriken mit ihren Gewinnergebnissen und die hierin zum Ausdruck kommende Preistreiberei sind häufiger Gegenstand kritischer Betrachtungen gewesen. Auch im Preußischen Abgeordnetenhause sind die geschilderten Verhältnisse erörtert worden, und die Regierung wurde ersucht, gegen die Preissteigerung der Flaschenfabriken geeignete Schritte zu ergreifen. Der Antrag wurde allerdings zurückgezogen, weil sich die Regierung außerstande erklärte, der unangemessenen Preissteigerung entgegenzutreten. Wie die „Pharmazeutische Zeitung" in ihrer Nr. 43 vom 29. Mai 1918 ausführte, hatten sich aber inzwischen die zuständigen Reichsstellen mit der Frage bereits beschäftigt, und es bestand danach die Aussicht, daß unter Anwendung durchgreifender Mittel ein Abbau der Preise erfolgen würde. Diese Hoffnung hat sich als trügerisch erwiesen; vielmehr sind die Gefäßpreise gegenwärtig höher als je. Betrug nach dem 2. Nachtrag zur Deutschen Arzneitaxe 1917 z. B. der Preis für Gläser, runde oder sechseckige, mit enger oder weiter Öffnung, weiße oder farbige, von 400 Gr. bis 500 Gr. Inhalt das Stück 1,10 ℳ gegenüber 30 Pf. nach der Taxe 1913, so bestimmt die Gefäßpreisliste in der Deutschen Arzneitaxe 1920 den Preis für das angegebene Gefäß auf 3,40 ℳ. Sieht der 2. Nachtrag zur Taxe 1917 für dieselbe Gläserart bis 50 Gr. Inhalt noch einen Preis von 30 Pf. vor, so ist nach der Taxe 1920 für ein gleiches Glas bis

20 Gr. Inhalt 80 Pf. und für ein solches von mehr als 20 Gr. bis 50 Gr. Inhalt 1 M zu zahlen. Die Festsetzungen der Taxe 1913 beziffern den Preis für ein Glas bis 100 Gr. Inhalt nur auf 10 Pf. Diese Beispiele lassen die Belastung der Versicherungsträger und bei der bedenklichen Vermögenslage vieler Kassen das für diese auf die Dauer Unerträgliche des jetzigen Zustandes klar erkennen, besonders wenn die Zahl der Verordnungen und die Ausgaben für die Arzneimittel berücksichtigt werden. Die Zahl der Verordnungen betrug beim Allgemeinen Knappschaftsverein:

1913 rund 2 054 000	1917 rund 1 857 000
1914 rund 1 081 000	1918 rund 2 196 000
1915 rund 1 414 000	1919 rund 2 021 000
1916 rund 1 503 000	

Die Gesamtaufwendungen für die aus den Apotheken bezogenen Arzneimittel usw. beim Allgemeinen Knappschaftsverein waren:

1913 rund 1 540 000 M	1917 rund 1 920 000 M
1914 rund 1 420 000 M	1918 rund 2 970 000 M
1915 rund 1 105 000 M	1919 rund 4 070 000 M
1916 rund 1 310 000 M	

Festzustellen ist danach eine ganz außerordentliche Steigerung der Durchschnittskosten einer Verordnung, wie die nachstehende Zahlenreihe zeigt:

1913 0,803 M	1917 1,095 M
1914 0,801 M	1918 1,435 M
1915 0,832 M	1919 2,010 M
1916 0,923 M	

Gewiß ist diese Steigerung mitbegründet in den höheren Arzneipreisen, der Erhöhung der Arbeitspreise und dem Teuerungszuschlag bei Rezepturverordnungen. Immerhin kann es nach den angeführten Beispielen über die Berechnung der Gefäßpreise aber einem Zweifel nicht unterliegen, daß auch die hohen Gefäßpreise der Arzneitaxe erheblich zur Verteuerung der Arzneimittel beitragen.

Um nun zu einer Gesundung der nicht allein für die Kassen, sondern für die arzneibedürftige Bevölkerung überhaupt außerordentlich schädigend wirkenden Verhältnisse zu kommen, müssen ernstliche Schritte unternommen werden, die geeignet sind, eine Senkung der Preise für Arzneigefäße herbeizuführen. Als geeigneter Weg kommt in Frage: die bevorzugte Zuweisung solcher Rohstoffe, die der Bewirtschaftung unterstehen — wie Sulfate und Soda — zu Preisen, die möglichst weit unter den jeweiligen Tagespreisen bleiben, an die Glas- und Kartonnagefabriken bzw. die sonst noch in Betracht kommenden Betriebe für die Herstellung von Arzneigefäßen. Das wird unschwer durchzuführen sein, indem die aus dem Inlande stammenden Rohstoffe tunlichst der Arzneigefäßherstellung vorbehalten bleiben und die aus dem Auslande eingeführten Stoffe für die übrigen Fabrikationen Verwendung finden.

Zu prüfen bliebe unseres Erachtens außerdem, ob nicht eine weitere Ermäßigung der Preise für den Arzneibedarf erreicht werden kann durch Belastung der einschlägigen Luxuswaren mit einem Aufschlage, der den Preisen für Arzneigefäße abgerechnet wird.

Schrifttum.

Jahrbuch des Reichsversicherungs- und Militärversorgungsrechts. Jahrg. 1919. Herausgegeben von Dr. Hs. Th. Soergel in Verbindung mit San. Präs. im RVA. Dr. Mentzel und Geh. RegR. im RVA. Dr. Schulz. Verlag von W. Kohlhammer, Berlin, Stuttgart, Leipzig 1920. — 201 Seiten. Preis geb. 15 M.

Das Jahrbuch ist eine sehr erwünschte und empfehlenswerte Nachweisung der jeweils neuesten Entscheidungen und der wichtigsten literarischen Erscheinungen im Gebiete der Reichsversicherung. Wir haben dies hier schon oft anerkannt, zuletzt z. B. 1917 S. 286, 1919 S. 298. In den neuen Jahrgang ist nunmehr auch das Militärversorgungsrecht aufgenommen, was durch die Verwandtschaft des Stoffes und durch die Angliederung der Militärversorgungsgerichte an die Spruchbehörden der Reichsversicherung gerechtfertigt ist. Dieser neue Stoff ist schon reich bedacht (S. 130 bis 147) und in derselben gedrängten und doch klaren Art behandelt wie die Hauptmasse des Versicherungsrechts. Überhaupt weist der neue Band die gleichen Vorzüge auf wie die früheren Bände.

Acht Jahre Reichsversicherungsordnung. Herausgegeben von Hermann Breithaupt, Geh. Reg-Rat. München und Landshut 1920, Verlag der Reichsversicherung. 198 Seiten. Preis 14, geb. 17 M.

Geheimrat Breithaupt gibt seit 1912 eine Sammlung von Entscheidungen des Reichsversicherungsamts, der Landes- und Oberversicherungsämter heraus. Der wesentlichste Inhalt dieser Entscheidungen aus 8 Jahren ist, in knappe Sätze gefaßt, in dem vorliegenden Bande gesammelt und nach der Paragraphenordnung der RVO. und der sie ergänzenden Gesetze und Verordnungen geordnet. Dabei ist überall nur auf die Bände der erwähnten Sammlung und der unter dem Titel „Krankenversicherungspraxis“ erschienenen Sonderausgabe verwiesen. Für die Besitzer der 8 Bände mag daher das vorliegende Buch ein bequemes Mittel zur ersten Orientierung sein — aber nur hierzu und nur eben für diejenigen, denen jene 8 Bände zugänglich sind. Im Vorwort ist bemerkt: „Die Auszüge sind so gehalten, daß regelmäßig auch ohne Einsicht in die Entscheidung selbst deren rechtlicher Inhalt in einer dem Bedürfnis der Praxis entsprechenden Weise wiedergegeben wird.“ Wir halten es für unsere Pflicht, diesen Satz als eine sehr bedenkliche und bedauerliche Erziehung zur Oberflächlichkeit zu kennzeichnen und davor zu warnen. Die Auszüge sind nicht mehr und nicht weniger als etwas erweiterte Überschriften, die gerade dem Praktiker „regelmäßig“ nur als Hinweise auf die einzusehende und nachzuprüfende Begründung der Entscheidung dienen sollten, wenn er nicht Gefahr laufen will, in dem ihm vorliegenden besonderen, vielleicht ganz anders gearteten Falle fehlzugehen.

Das internationale Arbeitsrecht im Friedensvertrage. Kommentar zum Teil XIII des Friedensvertrages von Versailles. Von Dr. jur. Paul Eckardt, Wirklichen Geheimen Legationsrat im Auswärtigen Amte, und Ewald Kuttig, Gerichtsassessor, Attaché im Auswärtigen Amte, nebst Anhang: die soziale Versicherung in den abgetretenen

Gebieten von Prof. Dr. jur. Dr. phil. Alfred Manes. Berlin 1920. Verlag von Franz Vahlen, Berlin W 9, und Verlag von Hans Robert Engelmann, Berlin W 15. — 133 Seiten.

Das Heft ist die Vorveröffentlichung eines Teiles aus dem von Professor Dr. Walter Schücking herausgegebenen großen Kommentar zum Friedensvertrage. Vorausgeschickt ist eine allgemeine Materialienübersicht und ein zusammenfassender Überblick über den Inhalt des XIII. Teils des Vertrages. Dann folgt der Kommentar, der zunächst die einzelnen Artikel (387 bis 427) im französischen und englischen Text sowie in deutscher Übersetzung wiedergibt und sie dann in klaren Anmerkungen auf Grund ihrer Entstehungsgeschichte, ihres Zweckes, ihres Zusammenhanges mit anderen Vorschriften, unter Berücksichtigung der allgemeinen Grundsätze des Völkerrechts und unter Vergleichung mit den abgelehnten deutschen Vorschlägen, erläutert. Der Anhang aus der Feder des Prof. Manes behandelt in entsprechender Weise den für die Entwicklung der internationalen Sozialversicherung voraussichtlich bedeutungsvollen Artikel 312. Den Schluß bildet eine aus 8 Stücken bestehende, wertvolles Material zur Entstehungsgeschichte enthaltende „Urkundensammlung" (darunter der deutsche Entwurf eines rechtspolitischen Zusatzvertrages) und ein Stichwortverzeichnis.

Im Vorwort wird bemerkt, daß dieser Teil des Vertrages wenigstens Anklänge an den Grundton der Völkerversöhnung und des Ausgleichs politischer, wirtschaftlicher und sozialer Gegensätze enthalte. Der vorliegende Kommentar darf das Verdienst in Anspruch nehmen, in dieser Richtung Verständnis verbreitend und folglich fördernd zu wirken.

Der Völkerbund-Vorschlag der deutschen Regierung. Eingeleitet von Dr. Hans Wehberg. — **Der deutsche Regierungsentwurf für ein Welt-Arbeiterrecht.** Eingeleitet von Prof. Dr. Alfred Manes. — Berlin 1920, Verlag Hans Robert Engelmann.

Die beiden Schriftchen — 11. und 12. Flugschrift der Deutschen Liga für Völkerbund — gehören zusammen, da das Welt-Arbeiterrecht, wie der Völkerbund, dem friedlichen Ausgleich von Interessengegensätzen zwischen den Völkern dienen soll (zu vgl. die vorstehende Besprechung). Die Einleitungen zu den beiden deutschen Entwürfen, die fester als das Pariser Werk jenen Zweck ins Auge gefaßt und die Bestimmungen folgerichtiger ausgestaltet haben, legen die leitenden Gedanken dar und machen ersichtlich, in welcher Richtung sich die weitere Entwicklung wird bewegen müssen, um den Zweck wirklich zu erfüllen.

Die Verstaatlichung des Arbeitsmarktes. Von Robert Schmölder, Geh. Oberjustizrat. Berlin 1920, Verlag von Leonhard Simion Nachf. 32 Seiten. Preis 2 ℳ.

Die Abhandlung (Jahrg. 40 Heft 2 der „Volkswirtschaftlichen Zeitfragen") ist auf den Nachweis gerichtet, daß und wie im Interesse vernünftiger Verwaltung, Erhaltung und Mehrung des Nationalvermögens der Staat den Arbeitsmarkt zentralisieren müsse, nachdem die bisherigen Methoden der Arbeits- und der Arbeiterbeschaffung — die Umschau (das Wandern der Arbeitsuchenden), die gewerbliche Stellenvermittlung, das Eingreifen der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbände, die Arbeitsnachweise der gemeinnützigen Vereine und der Kommunen und auch die dem Statistischen Reichsamt angegliederte Reichszentrale der Arbeitsnachweise — sich teils als bedenklich, teils als unzureichend erwiesen hätten. Die Schrift enthält lehrreiche Aufschlüsse und gibt dem Sozialpolitiker zu denken.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Versicherungspflicht der Nebenbeschäftigung eines nach § 169 RVO. Versicherungsfreien?

1. **Nach R.** Antwort: Der Geschäftsführer der Berufsgenossenschaft ist als solcher, auf Grund seiner Anstellung mit Anrecht auf Ruhegehalt, nach § 169 Abs. 2 RVO. in der Fassung des § 1 der Vrdg. v. 3. 2. 19 versicherungsfrei. Diese Versicherungsfreiheit wird, wie das RVA. in der Entsch. 2552 (ArbVers. 1920 S. 170) ausgeführt hat, durch das gleichzeitige Bestehen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht berührt. Aus der Begründung ergibt sich, daß ebenso nicht etwa die Versicherungspflicht der anderen Beschäftigung schon deshalb entfällt, weil die Hauptbeschäftigung versicherungsfrei bleibt. Es kann nur in Frage kommen, ob jene andere Beschäftigung als „vorübergehende Dienstleistung" nach § 168 RVO. und Ziff. I 4 der Best. des Bundesrats v. 17. 11. 13 (ArbVers. 1913 S. 848) versicherungsfrei ist, weil sie für einen anderen Arbeitgeber zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber doch nur „nebenher" ausgeübt wird. Dies wäre dann der Fall, wenn sie nach den Umständen des Falles, insbesondere auch nach dem Entgelt, nur von nebensächlicher wirtschaftlicher Bedeutung wäre (zu vgl. Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12 Ziff. 30 V). Wenn aber nach Ihren Angaben X. als Geschäftsführer der Genossenschaft ein Jahreseinkommen von 4770 ℳ und aus der Nebenbeschäftigung als Buchhalter einer Firma 8 ℳ für den Arbeitstag, also bei 300 Arbeitstagen 2400 ℳ im Jahre bezieht, so erscheint uns das als wirtschaftlich recht wesentlich für ihn. Wir halten ihn daher für versicherungspflichtig und folglich auch für wählbar zum Kassenvorstande.

Sind Werkstattschreiber Handlungs- oder Gewerbegehilfen?

2. **Nach Stettin.** Antwort: Für die Entscheidung, ob ein Angestellter Handlungsgehilfe oder

gewerblicher Arbeiter ist, ist nicht die Vorbildung maßgebend, die er genossen hat, sondern die Art der von ihm ausgeübten Tätigkeit. Was nun die Werkstattschreiber betrifft, so schwankt die Rechtsprechung, die sie bald als kaufmännische, bald als gewerbliche Angestellte betrachtet. Das Kaufmannsgericht Berlin z. B. hat in einem Urteil vom 8. Mai 1906 einen Werkstattschreiber für einen Handlungsgehilfen erklärt, da die von ihm berechneten Löhne und das von ihm geführte Lohnbuch wesentliche Unterlagen für die Hauptbücher bildeten. (Mitgeteilt im Jahrbuch des Kaufmannsgerichts Berlin 1908 I. Band S. 311.) Anders freilich dürfte zu entscheiden sein, wenn der Werkstattschreiber rein mechanisch nach Angaben, die ihm von anderen Angestellten gemacht werden, die Löhne aufschreibt, ohne sie selbst zu berechnen. Übrigens scheint die Kasse irrtümlich anzunehmen, daß der gewerbliche Angestellte, der sein Gehalt weiterbezieht, kein Krankengeld beanspruchen könne. Die Sache ist vielmehr umgekehrt: das satzungsmäßige Krankengeld steht ihm immer zu, nur muß er es sich gemäß § 616 BGB. auf das Gehalt oder den Lohn anrechnen lassen. Also nicht die Verpflichtung der Kasse, sondern die des Arbeitgebers mindert sich.

a) Verteilung des Pauschhonorars unter die Ärzte. b) Krankengeld während Heilverfahrens der Versicherungsanstalt.

3. **Nach G. 99.** Fragen: a) Unsere Kassenärzte honorieren wir mit einem Pauschalsatz pro Mitglied und Jahr von 34 *M* ausschließlich Kilometergebühren. Während einige Ärzte mit der ersten Erkrankung alle weiteren im Laufe der Behandlung hinzukommenden als einen Fall behandeln, beansprucht ein Teil die neu hinzutretenden Diagnosen jedesmal als neue Fälle in Rechnung gestellt. Ist dies richtig? Der finanzielle Nachteil liegt zwar bei den Ärzten; dieser Modus mindert jedoch wesentlich die Pauschalquote herab. Was ist richtig?

b) Haben Kassenmitglieder, die sich in ärztlicher Behandlung befinden und antragsgemäß entweder durch die Reichsversicherungsanstalt oder Landesversicherungsanstalt eine Kur durchführen, Anspruch auf Krankengeld, wenn sie bis zum Beginn der Kur arbeitsfähig waren?

Antwort: a) Es handelt sich um eine Frage, die nicht aus dem Gesetz heraus, sondern nur im Wege der Auslegung des Vertrages, der uns nicht vorliegt, beurteilt werden kann. Wenn der Vertrag bestimmt, daß die Verteilung des Gesamthonorars unter den Ärzten nach Verhältnis der von ihnen behandelten Krankheitsfälle erfolgt, so würden wir das, sofern nicht aus dem Vertrage selbst etwas anderes zu entnehmen sein sollte, im entsprechenden Sinne verstehen, wie den Begriff selbständiger Versicherungsfälle nach der RVO. Es käme dann, unabhängig von der Krankheitsursache, lediglich darauf an, ob zwischen der früheren und der neuerlichen Angehung des Kassenarztes ein Zeitraum lag, in welchem der Versicherte einer Heilbehandlung überhaupt nicht bedurfte (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 182 RVO.). Unter dieser Voraussetzung würden wir auch im Sinne des Vertrages einen neuen Behandlungsfall annehmen.

b) Arbeitsunfähigkeit, die zum Bezug von Krankengeld berechtigt, liegt bekanntlich schon dann vor, wenn der Kranke seine Erwerbstätigkeit nicht ohne Gefahr der Verschlimmerung seines Leidens fortsetzen kann. Das kann auch zutreffen, wenn der Versicherte bis zu seinem Eintritt in die Heilstätte tatsächlich gearbeitet hat, und dann hat er auch während der Heilstättenpflege Anspruch auf Krankengeld (zu vgl. ArbVers. 1918 S. 699 Ziff. 3). Dabei ist aber zu beachten, daß die Verschlimmerung des Leidens für eine absehbar nahe Zeit zu gewärtigen sein muß, um die Annahme der Arbeitsunfähigkeit zu rechtfertigen (Entsch. d. RVA. daselbst S. 93). Andernfalls besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

Voraussetzungen der Nebenstrafe bei Verletzung der Meldepflicht (§ 531 Abs. 2 RVO.).

4. **Nach Dieburg.** Antwort: Das Versicherungsamt begründet die Aufhebung des Vorstandsbeschlusses, wodurch dem wegen Verletzung der Meldepflicht bestraften Arbeitgeber der zweifache Betrag der rückständigen Beiträge auferlegt ist, damit, daß die Nebenstrafe aus § 531 Abs. 2 RVO. nur dann verhängt werden dürfe, wenn die Kasse durch die Verletzung der Meldepflicht größere Verluste gehabt habe und der Arbeitgeber wegen solcher Nachlässigkeit bereits bestraft sei. Das ist eine ganz unzutreffende Begründung. Richtig ist, daß das Gesetz, indem es sagt, daß die Kasse dem Arbeitgeber ein Mehrfaches des Rückstandes auferlegen „kann“, die Bestrafung nicht der Willkür, sondern dem pflichtmäßigen Ermessen der Kasse anheimgibt, daß also die Strafe nicht schon wegen jeder geringfügigen Versäumnis verhängt werden darf; es soll vielmehr immer das Maß des Verschuldens und wohl auch die Höhe des Rückstandes, um den es sich handelt, in Betracht gezogen werden. Daß aber die Kasse „größere Verluste“ gehabt habe und der Arbeitgeber bereits bestraft sein müsse, läßt sich aus Sinn und Zweck des Gesetzes nicht herleiten. Es genügt, daß das Ordnungsinteresse, dem die Meldepflicht dient, durch eine — nicht etwa ganz unerhebliche — Fahrlässigkeit verletzt ist. Wenn, wie im vorliegenden Falle, der Arbeitgeber bereits einmal von der Kasse wegen solcher Fahrlässigkeit verwarnt worden ist, so hat die Kasse im Wiederholungsfalle hinreichenden Anlaß, ihr Ordnungsinteresse durch die strengere Maßnahme aus § 531 Abs. 2 RVO. zu wahren, auch wenn der Beitragsrückstand nur gering gewesen sein sollte; in solchem Falle wäre auch die nach diesem Rückstande bemessene Strafe des Zweifachen nur gering und billig.

Versicherungspflicht eines Friedhofsaufsehers und -gärtners.

5. **Nach St.** Frage: Die hiesige Friedhofsverwaltung hat auf Privatdienstvertrag gegen vierteljährliche Kündigung einen Friedhofsaufseher angestellt. Ihm liegt die Annahme und Buchung der angemeldeten Begräbnisse, die Platzanweisung sowie die Aufsicht über die Arbeiter ob. Das Auswerfen der Grabstätten wird von Arbeitern ausgeführt, die die Friedhofsverwaltung selbst bezahlt. Als Entgelt für seine Tätigkeit erhält der Friedhofsaufseher freie Wohnung und Nutzung eines kleinen Gartens. Sein Haupteinkommen besteht aus den Einnahmen, die er für gärtnerische Einrichtung der Grabhügel und Erbbegräbnisse, für gärtnerische laufende Pflege und Instandhaltung der Gräber erzielt. Diese Tätigkeit wird dem Aufseher von Anverwandten der Verstorbenen direkt übertragen und auch direkt bezahlt. Die Preise setzt der Friedhofsaufseher mit Genehmigung der Friedhofsverwaltung fest. Diese Arbeiten läßt er durch eigene Leute, die er selbst besoldet, aus-

führen. Das Einkommen des Aufsehers ist schwankend, je nachdem ihm mehr oder weniger Grabstätten zur Pflege übertragen sind. Es steht jedem frei, das Grab seiner Angehörigen selbst zu pflegen, jedoch ist die Übertragung der Pflege an einen gewerbsmäßigen Unternehmer nicht statthaft, sie darf dann nur dem Friedhofsaufseher anvertraut werden. Ist dieser Friedhofsaufseher als Angestellter oder als selbständiger Gewerbetreibender anzusehen und liegt mithin Versicherungspflicht vor oder nicht?

Antwort: Das Verhältnis des Aufsehers zur Friedhofsverwaltung wird sich im vorliegenden Falle kaum einheitlich betrachten und versicherungsrechtlich erfassen lassen. Als Aufseher über den Friedhof und über die mit dem Auswerfen der Gräber beschäftigten Arbeiter ist er zweifellos ein versicherungspflichtiger Angestellter. Als seinen Entgelt wird man, neben freier Wohnung und Gartennutzung, auch noch die ihm von der Verwaltung gewährte Gelegenheit zum Erwerb durch gärtnerische Arbeiten auf dem Friedhofsgebiete ansehen können. Diese Erwerbstätigkeit aber übt er offenbar nicht für Rechnung der Verwaltung, sondern durchaus selbständig und unabhängig von Weisungen der Verwaltung aus. Die Besteller sind seine Kunden, nicht Kunden der Friedhofsverwaltung. Er hält wohl auch das erforderliche Material an Pflanzen, vielleicht auch andere Grabverzierungen usw. vorrätig und trägt das Risiko der Ausführung seiner Arbeiten; nur er haftet den Bestellern. Er zahlt den Arbeitern auch Lohn für eigene Rechnung. Daß er bei der Preisbemessung der Genehmigung der Verwaltung bedarf, soll einer mißbräuchlichen Ausbeutung der Besteller vorbeugen und genügt nicht, ihn auch in dieser, im übrigen selbständigen Erwerbsbetätigung als Angestellten und folglich als versicherungspflichtig anzusehen.

Anmeldung der von einer Krankenkasse Beschäftigten bei sich selbst? — Anwendbarkeit des § 315 RVO. in solchem Falle?

6. **Nach H.** Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung bei und erachten darüber hinaus den § 315 RVO. schlechthin für unanwendbar, wenn es sich — wie im vorliegenden Falle — um Versicherungspflichtige handelt, die von einer Krankenkasse als Arbeitgeberin beschäftigt und mit Unrecht als bei ihr selbst versichert behandelt worden sind. Die erste Voraussetzung des § 315 ist, daß die Versicherungspflichtigen bei einer Krankenkasse vorschriftsmäßig angemeldet sind. Das kann niemals zutreffen, wenn diese Kasse selbst die Arbeitgeberin des Versicherungspflichtigen ist. Denn die Vorschriften über die Meldungen (§§ 317 ff., 397 Abs. 1, 530, 531 RVO.) bezwecken, die Durchführung des Versicherungszwanges dadurch sicherzustellen, daß sie den Arbeitgeber verpflichten, der Kasse die für die Prüfung der Versicherungspflicht, der Kassenzugehörigkeit, der Bemessung der Leistungen und Beiträge maßgebenden tatsächlichen Unterlagen zu unterbreiten. Das setzt, begrifflich und dem Zwecke gemäß, eine Verschiedenheit der Personen, des Arbeitgebers auf der einen und der Kasse auf der anderen Seite voraus. Die Kasse kann nicht eine Anmeldung bei sich selbst erstatten. Auch wenn etwa die Geschäftsgebarung bei ihr die sein sollte, daß sie das Anmeldeformular für ihre Beschäftigten in der üblichen Weise ausfüllt und in entsprechender Weise behandelt wie für andere Versicherungspflichtige, liegt eine eigentliche Anmeldung im Sinne des § 317 und folglich auch des § 315 nicht vor. Niemals würde die Unterlassung eines solchen Verfahrens die Bestrafung nach §§ 530, 531 oder, sofern es sich um Abmeldung handelt, die Pflicht der Kasse zur Fortzahlung der Beiträge nach § 397 Abs. 1 nach sich ziehen können, weil eben die Kasse von den sonst zu meldenden Tatumständen infolge ihrer gleichzeitigen Eigenschaft als Arbeitgeberin ohne weiteres Kenntnis hat und daher zur Erfüllung ihrer Aufgaben förmlicher Meldungen nicht bedarf. Ebenso kommt die zweite Voraussetzung unbeanstandet der Annahme von Beiträgen während dreier Monate nicht in Frage, weil auch diese Voraussetzung nur erfüllt sein kann, wenn dem zahlenden Arbeitgeber die Kasse als eine von ihm verschiedene Persönlichkeit, welche die Annahme der Beiträge beanstanden könnte, gegenübersteht. Man könnte vielleicht sagen, daß hieraus noch nicht die Unanwendbarkeit des § 315 schlechthin folge, daß vielmehr im Falle der Identität von Kasse und Arbeitgeber jene beiden Voraussetzungen sich lediglich als entbehrlich erweisen und der § 315 ohne weiteres anwendbar sei. Wir würden das für bedenklich halten. Jedenfalls aber könnte das nur zugunsten des Versicherungspflichtigen gelten, so daß die Kasse ihn als Mitglied anzuerkennen hätte, bis sie ihn an eine andere Kasse verweist; in keinem Falle könnte man es auch zugunsten der Kasse als Arbeitgeberin im Verhältnis zu der anderen Kasse, bei der jene als Arbeitgeberin zur Anmeldung der Versicherungspflichtigen verpflichtet war, gelten lassen. In diesem Verhältnis bleibt vielmehr bestehen, daß eine vorschriftsmäßige Anmeldung überhaupt nicht erstattet sei, daß daher die andere Kasse, soweit ihr Interesse in Frage kommt, jene Kasse als Arbeitgeberin zur Erfüllung der Anmeldepflicht und zur Nachzahlung der Beiträge vom Beginn der Versicherungspflicht bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung der Versicherungspflichtigen in Anspruch nehmen und mit allen Mitteln, die gegenüber einem anderen Arbeitgeber anzuwenden sind (§§ 28, 397, 330, 331 RVO.), anhalten kann. Besonders muß dies dann gelten, wenn die verpflichtete Kasse die Anmeldung nicht aus Irrtum, sondern bewußt, lediglich aus vermeintlichen Zweckmäßigkeitserwägungen, unterlassen hat, wie dies hier zutrifft.

Versicherungspflicht eines Gesanglehrers und Chorleiters.

7. **Nach Halle a. S.** Antwort: In seiner Eigenschaft als Gesanglehrer und Chorleiter an der Schulanstalt ist K. bei einem Gehalt von jährlich 3000 M zweifellos versicherungspflichtig (§ 165 Abs. 1 Ziff. 5 RVO.; § 5 Vrdg. v. 30. 4. 20, ArbVers. S. 287; Entsch. des RVA. 1469, Amtl. Nachr. 1910 S. 471). Ebenso zweifellos ist es, daß er als Leiter des Stadtsingechors (der „Kurrendeschüler") versicherungsfrei ist, weil ihm insoweit ein Arbeitgeber nicht gegenübersteht, er vielmehr Veranstalter der Übungen und der Darbietungen des Chors für gemeinschaftliche Rechnung ist. Als Kantor an der Kirche mit einem Jahresgehalt von 1000 M ist er dagegen Angestellter in gehobener Stellung und würde daher (nach § 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO.) versicherungspflichtig sein, obwohl er in dieser Eigenschaft „pensionsberechtigt" ist; denn Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. ist schon deshalb nicht begründet, weil unter „Gemeinden" im Sinne dieser Vorschrift nicht auch Kirchengemeinden zu verstehen sind (Hahn, Anm. 1 zu § 169), und Befreiung nach § 170 könnte nur auf Antrag der Gemeinde in Frage

kommen. Indessen fehlt insoweit offenbar die Voraussetzung der Ziff. 2 des § 165, daß die Tätigkeit den Hauptberuf bilde. Deshalb nehmen wir hier doch Versicherungsfreiheit an. Endlich ist K. als Privatmusiklehrer, der in seiner Wohnung Gesang- und Klavierunterricht erteilt, grundsätzlich (nach § 165 Abs. 1 Ziff. 5 RVO. usw.) versicherungspflichtig (zu vgl. Entsch. des RVA. 2046, ArbVers. 1915 S. 586). Es wird daher nur in Frage kommen, ob bei Zusammenrechnung des Arbeitsverdienstes aus der Tätigkeit als Lehrer an der Schulanstalt und als Privatlehrer das Einkommen 15000 *M* nicht übersteigt (§ 5 Vrdg. v. 30. 4. 20; zu vgl. Seelmann in ArbVers. 1914 S. 299 Ziff. 6). Nur wenn es diesen Betrag übersteigt, ist K versicherungsfrei.

Weiterversicherung nach § 313 RVO. bei Ausscheiden aus der Pflichtversicherung nach §§ 169 bis 171 RVO.

8. **Nach Grevenbroich.** Antwort: Das Reichsversicherungsamt hat entschieden, daß die nach §§ 169 bis 171 RVO. von der Versicherungspflicht Befreiten und dadurch als Pflichtmitglieder Ausscheidenden sich nach § 313 RVO. weiterversichern können (Entsch. 1956 und 2104, ArbVers. 1915 S. 162, 824).

Kein Schadenersatzanspruch der Krankenkasse bei wesentlich vom Versicherten selbst verschuldeter Verletzung.

9. **Nach Rottenburg.** Antwort: Die Kasse könnte auf Grund des § 1542 RVO. einen Anspruch gegen den Kriegerverein oder dessen verantwortliche Leiter nur dann erheben, wenn dem durch das Losgehen des Böllers verletzten „Kanonier" ein Schadenersatzanspruch gegen jene zustände. Dies erscheint aber nach dem, was Sie über den Hergang mitteilen, recht unwahrscheinlich. Selbst wenn — was einstweilen nicht feststeht — schon durch die Veranstaltung des Böllerschießens gegen ein örtliches Verbotsgesetz verstoßen sein sollte (§ 823 Abs. 2 BGB.), so würde doch zu sagen sein, daß nach den Umständen des Falles dieser Verstoß nicht die Ursache der Verletzung war oder doch, daß mindestens dieser Verstoß für den eingetretenen Schadenserfolg von verschwindender Bedeutung war gegenüber dem ungewöhnlich grob fahrlässigen Verhalten des Verletzten selbst, und daß daher bei Anwendung des § 254 BGB. eine Verpflichtung des Vereins oder seiner Leiter zum Ersatze nicht anzuerkennen ist.

Haftung des Vaters für den minderjährigen Sohn.

10. **Nach Lübbecke.** Antwort: Eltern haften keineswegs schlechthin für den von ihren minderjährigen Kindern angerichteten Schaden, sondern nur dann, wenn sie ihre Aufsichtspflicht verletzt haben. § 832 BGB. bestimmt nämlich, daß, wer kraft Gesetzes zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit der Beaufsichtigung bedarf, zum Ersatze des Schadens verpflichtet ist, den diese Person einem Dritten widerrechtlich zufügt, daß aber diese Ersatzpflicht nicht eintritt, wenn jener seiner Aufsichtspflicht genügt. Es ist somit zu prüfen, wieweit der junge Mensch der Aufsicht bedurfte. Im allgemeinen wird nichts dagegen einzuwenden sein, wenn ein Vater seinem Sohne, der darin die erforderliche Sicherheit besitzt, gestattet, auf öffentlichen Wegen Rad zu fahren. Einer besonderen Sorgfalt bei der Beaufsichtigung bedurfte es im vorliegenden Falle freilich deswegen, weil der Radfahrer kurzsichtig war. Hier mußte der Vater seinen Sohn dazu anhalten, beim Fahren die Brille aufzusetzen. Allerdings ist es nicht erforderlich, daß der Vater jedesmal, wenn der Sohn Rad fuhr, sich dessen vergewisserte, daß er die Brille trug. Vielmehr mußte es genügen, wenn er ihn im allgemeinen dazu anhielt, zumal, da der Junge bereits 16 Jahre alt war. War jedoch dem Vater bekannt, daß sein Sohn zur Unvorsichtigkeit neigte, so mußte er ihn strenger beaufsichtigen, nötigenfalls sogar ihm das Radfahren überhaupt verbieten. Würde der Vater hiernach seine Aufsichtspflicht verletzt haben, so würde noch weiter festzustellen sein, ob nicht etwa der Verletzte den Unfall selbst durch Unachtsamkeit verschuldet hat. In diesem Falle würde sich die Ersatzpflicht des Vaters gemäß § 254 BGB. mindern oder ganz fortfallen. Zur Beurteilung der Rechtslage sind also noch weitere Feststellungen zu treffen.

Krankengeld bei Altersschwäche?

11. **Nach Jauer (Schles.).** Antwort: Altersschwäche für sich allein ist nicht ohne weiteres als Krankheit im Sinne des Gesetzes anzusehen, kann aber ein Fürsorgegrund im Sinne des § 182 RVO. sein, wenn sie z. B. einen schon bestehenden krankhaften Zustand verschlimmert, oder wenn sie so abnorm verläuft, daß sie eine Heilbehandlung erfordert oder eine sonst nicht bestehende Arbeitsunfähigkeit verursacht (zu vgl. ArbVers. 1908 S. 748, 1909 S. 83 Ziff. 11a, 1913 S. 827, 1917 S. 297). Dann kann auch ein Anspruch auf Krankengeld begründet sein, und zwar bis zur vollen gesetzlichen oder satzungsmäßigen Dauer (§§ 182 Ziff. 2, 183, 187 Ziff. 1). Daß der Versicherte Altersrente bezieht, steht einem solchen Anspruch nicht entgegen.

„Eleven" in der Landwirtschaft als Lehrlinge.

12. **Nach Rheinbach.** Antwort: Hinsichtlich der in der Landwirtschaft beschäftigten „Eleven" gilt Entsprechendes wie hinsichtlich der in anderen Betrieben beschäftigten „Volontäre". Sie sind nach dem Zweck und der Art ihrer Beschäftigung als Lehrlinge anzusehen (vgl. Entsch. des OVA. Groß Berlin in ArbVers. 1920 Heft 13 S. 246). Soweit sie als Söhne wohlhabender Eltern keinen baren Entgelt erhalten, sondern „monatlich 50 oder 108 *M* Lehrgeld oder Vergütung für Kost und Wohnung zahlen müssen", kann nur in Frage kommen, ob ihnen Krankengeld zu gewähren ist. Wir möchten diese Frage bejahen. Krankengeld wird nach § 494 RVO. nur solchen Lehrlingen nicht gewährt, die überhaupt ohne Entgelt beschäftigt werden, also weder Barbeträge noch Sachbezüge erhalten (§ 160 RVO.). Durch die Zahlung von 50 oder 108 *M* monatlich wird aber unter den gegenwärtigen Teuerungsverhältnissen sicherlich entweder nur das Lehrgeld oder allenfalls noch ein kleiner Teil des Wertes von Kost und Wohnung abgegolten. Die Eleven empfangen also mindestens einen erheblichen Teil dieser Sachbezüge als Entgelt und haben daher, wenn sie arbeitsunfähig erkranken, Anspruch auf Krankengeld.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Kroschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1298 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 11. November 1920 | Heft 32

Selbständige Versicherungsämter.*)

Von Erich Reim, Stellv. Vorsitzenden des Versicherungsamtes der Stadt Berlin.

Die Arbeiterversorgung bringt in Heft 14 vom 11. Mai 1920 einen Aufsatz „Selbständige Versicherungsämter", in welchem der Verfasser die Forderung selbständiger, von den Landratsämtern losgelöster Versicherungsämter unter Leitung eines juristisch vorgebildeten Beamten erhebt oder, wo dies nicht möglich ist, das Versicherungsamt dem Kreiswohlfahrtsamt angegliedert wissen will, so daß entweder ein juristisch oder ein volkswirtschaftlich vorgebildeter Beamter den Vorsitz im Versicherungsamt führen würde. Er begründet diese Forderung mit Mängeln, die sich bei der Durchführung der Versicherungsgesetzgebung auf dem Lande gezeigt hätten. Die Mängel beständen darin, daß bei den landrätlichen Versicherungsämtern die Seele des Versicherungsamtes, d. h. die Persönlichkeit, die den Verkehr mit dem Publikum, den Schriftwechsel zu erledigen, die Entscheidungen vorzubereiten und abzufassen habe, infolge der Überlastung des Landrates und des Kreissekretärs mit anderen Arbeiten der Kreisversicherungssekretär sei. Der Verfasser erkennt dann zwar an, daß es unter diesen unzweifelhaft tüchtige, strebsame Beamte gebe, die auch über ein ungewöhnliches Maß juristischer Begabung verfügen, erklärt aber anderseits, daß dies von dem großen Durchschnitt dieser Beamten nicht zu verlangen sei. Im Gegensatz hierzu stellt der Verfasser die städtischen Versicherungsämter, denen er die Zensur erteilt, daß sie unter Leitung von Stadträten, Magistratsassessoren usw. gut arbeiteten. Diese Gegenüberstellung ist verfehlt. Man kann nicht das vermeintliche gute Arbeiten der städtischen Versicherungsämter auf das Verdienstkonto der Leitung setzen und angebliche Mängel bei den staatlichen zuungunsten der ausführenden Stellen buchen, ohne beide Wertschätzungen genügend zu begründen. Hieran läßt es aber der Verfasser des Artikels im Heft 14 der Arbeiterversorgung bedauerlicherweise fehlen. Sowohl aus dem Umstande, daß der Herr Verfasser in seinem Artikel hauptsächlich nur von den staatlichen Versicherungsämtern spricht, wie auch aus seinen, wie ich zeigen werde, irrigen Schlußfolgerungen muß angenommen werden, daß ihm ausreichendes Material zur Beurteilung der Frage nicht zur Verfügung steht, und daß er vielleicht nur Einzelfälle verallgemeinert hat. In meiner Eigenschaft als Mitglied des geschäftsführenden Ausschusses der Vereini-

*) Anmerkung der Schriftleitung: Bei Abfassung dieses Aufsatzes war dem Herrn Verfasser unsere Auseinandersetzung mit Herrn Bruns im Heft 30 S. 592 noch nicht bekannt; die Bezugnahme darauf ist erst nachträglich eingefügt. Der Herr Verfasser hat Veranlassung genommen, uns seine vollkommene Zustimmung dazu auszudrücken, daß sowohl der Aufsatz im Heft 14, als auch unsere Bemerkungen im Heft 19 „zu persönlichen und ungehörigen Ausfällen nicht die mindeste Veranlassung" geben konnten. Auch von anderer Seite sind uns Erklärungen in diesem Sinne zugegangen. Wir freuen uns, in dem vorliegenden Aufsatz ein weiteres Beispiel dafür zu haben, wie Meinungsverschiedenheiten dieser Art mit ruhiger Sachlichkeit ausgetragen werden können und sollen.

gung von stellvertretenden Vorsitzenden der Versicherugnsämter steht mir nun ausreichendes Material für die Beurteilung sowohl der staatlichen wie der städtischen Versicherungsämter zur Verfügung. Es sei mir daher gestattet, meinerseits zu der aufgeworfenen Frage Stellung zu nehmen.

Vorweg sei bemerkt, daß ich nicht die Absicht habe, Mängel zu bestreiten. Im Gegenteil, es muß anerkannt werden, daß diese — aber sowohl bei staatlichen wie auch bei städtischen Versicherungsämtern! — bestehen, und daß die einzelnen Versicherungsämter, was Qualität anbetrifft, sehr verschieden arbeiten. Hier gilt es, die Ursachen für diese Verschiedenheiten zu untersuchen.

Zunächst die leitenden Beamten. Vorsitzender des Versicherungsamtes ist nach § 39 RVO. in Landkreisen der Landrat, in Stadtkreisen der Bürgermeister. Es werden ein oder mehrere Stellvertreter des Vorsitzenden bestellt. Zum Stellvertreter kann bestellt werden, wer durch Vorbildung und Erfahrung auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung geeignet ist. In den Landkreisen sind Regierungsassessoren, Kreissekretäre und Kreisversicherungssekretäre zu stellvertretenden Vorsitzenden bestellt worden, in den Stadtkreisen Stadträte, Stadtverordnete, Magistratsassessoren und Stadtsekretäre. Was nun die Überlastung der Landräte und der ihnen beigeordneten Regierungsassessoren und die Erledigung der Geschäfte des Versicherungsamtes durch die Kreisversicherungssekretäre anbelangt, so treffen die Verhältnisse genau auch auf die städtischen Versicherungsämter zu. Das Versicherungsamt ist nun einmal nur ein Anhängsel, wie der Staats- so auch der Stadtverwaltung. Wer in der allgemeinen Stadtverwaltung vorwärts strebt, muß in Deputationen oder Abteilungen beschäftigt sein, in denen er und seine Arbeit den einflußreichsten Persönlichkeiten (Bürgermeister, Stadträten, Stadtverordneten) auffällt. Hierzu bietet aber das Versicherungsamt nur geringe Möglichkeit. Es sind daher bei vielen Versicherungsämtern die Magistratsassessoren, -räte usw. nur zu einem geringeren Bruchteil ihrer Gesamttätigkeit beschäftigt, während ihre Haupttätigkeit und ihr Hauptinteresse anderen Zweigen der Allgemeinverwaltung zugewendet ist. Ja, es sind bei vielen größeren Versicherungsämtern sogar m e h r e r e Juristen jeder nur zu einem Bruchteil seiner Tätigkeit beschäftigt, während es zweifellos zweckmäßiger wäre, wenn e i n e Persönlichkeit ihr g e s a m t e s Interesse und ihre g e s a m t e Arbeitskraft dem Versicherungsamte widmen würde. Wenn der Herr Verfasser des Artikels im Heft 14 erklärt, daß die städtischen Versicherungsämter gut arbeiten, so ist es von ihm verfehlt, dies ohne weiteres auf das Verdienstkonto der L e i t u n g zu setzen, denn diese ist ja, wie ich gezeigt habe, ebenso zerstückelt und nicht auf das Arbeitsgebiet konzentriert wie bei den staatlichen Versicherungsämtern. Sehen wir uns doch einige „leitende" Beamte näher an. Da ist z. B. in einem städtischen Versicherungsamt ein Stadtsekretär zum stellvertretenden Vorsitzenden bestellt. Damit er als ehemaliger Bureaubeamter aber in seiner Tätigkeit als stellvertretender Vorsitzender bei Leibe nicht nach außen zur Geltung komme, ist ihm ein Stadtrat, und zwar ein Maurermeister, der wohl zweifellos nicht über größere Sach- und Fachkenntnis auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung verfügt, ebenfalls als stellvertretender Vorsitzender, vor die Nase gesetzt und so ist das Vaterland gerettet. Bei einem landrätlichen Versicherungsamt wieder läßt ein stellvertretender Vorsitzender (Regierungsassessor) einen Teil seiner Arbeiten von einem Bureaubeamten erledigen, und, ohne daß er selbst die Sachen sieht, von diesem mit seinem Faksimilestempel unterstempeln, und zwar auch zu einer Zeit, in der er überhaupt nicht im Amt ist, sondern sich z. B. wochenlang auf Urlaub befindet. Es ist dies ein Verfahren, das nicht stark genug gerügt werden kann; einmal enthält es eine glatte Täuschung des Publikums, das ein Recht darauf hat, zu wissen, wer ein Schriftstück unterzeichnet hat, und ferner bringt es jenen Zug der Unwahrhaftigkeit in das Verhältnis der verschiedenen Beamten-

klassen zueinander, der dazu geeignet ist, die Arbeitsfreudigkeit auf das Empfindlichste zu beeinflussen, wie ihn der Reichsminister a. D. Schiffer in seinem Aufsatz in: „Der Tag" Nr. 152 von 1919 so treffend gekennzeichnet hat. Ähnliche Fälle könnten noch viele angeführt werden.

Was dagegen die mittleren Beamten, die zu stellvertretenden Vorsitzenden bestellt sind, anbetrifft, so hat der preußische Minister des Innern erst vor kurzem von den Regierungspräsidenten einen Bericht darüber eingefordert, welche Erfahrungen mit der Bestellung mittlerer Beamten zu ständigen Stellvertretern der Vorsitzenden der Versicherungsämter gemacht worden sind und ob insbesondere diese Maßnahme der notwendigen, sorgfältigen und eingehenden Vorprüfung der Ansprüche auf die Leistungen der Versicherungsträger entgegengewirkt hat. Die weit größte Mehrzahl dieser Beamten kann den Berichten über ihre Tätigkeit nicht nur mit Ruhe, sondern sogar mit Befriedigung und mit Stolz entgegensehen. Es wäre durchaus erwünscht, wenn das Ergebnis dieser Berichte weiteren Kreisen zugänglich gemacht werden würde. Daß auch hier Ausnahmen bestehen, ist bereits oben von mir anerkannt worden und soll nicht bestritten werden.

Mängel liegen also zweifellos vor. Es ist aber völlig abwegig, sie einer Beamtengruppe in die Schuhe zu schieben und die andere Beamtengruppe als völlig makellos hinzustellen. Sowohl bei der Auswahl der leitenden wie auch der ausführenden Beamten ist eben bisher nicht immer mit der erforderlichen Sorgfalt verfahren worden. Dies ist wohl teils darauf zurückzuführen, daß es sich um eine ganz neue Art sozialer Fachbeamten handelt, für die beim Inkrafttreten der RVO. nicht in allen Fällen gut vorgebildete Persönlichkeiten den Behörden bekannt waren, teils darauf, daß die Stellen nicht öffentlich ausgeschrieben werden konnten, weil die Zeit zu sehr drängte. Es ist daher dem Herrn Verfasser des Artikels im Heft 14 unbedingt zuzustimmen, daß die Errichtung selbständiger Versicherungsämter gefordert werden muß, deren leitende Beamte im Hauptamt ihre gesamte Tätigkeit und ihr gesamtes Interesse der Arbeiterversicherung widmen. Nur so wird das Interesse dieser Beamten an der Arbeiterversicherung wachgehalten, und nur so wird der Bedeutung Rechnung getragen werden können, die die Arbeiterversicherung nicht zuletzt im Interesse der Versicherten beanspruchen muß. Dies wird sich auch in kleinen Kreisen durchführen lassen dadurch, daß kleinere Versicherungsämter zusammengelegt und in den einzelnen Bezirken bestimmte Gerichtstage abgehalten werden. Die erreichten Vorteile werden in diesen Stellen bei weitem die geringen Reisekosten aufwiegen.

Der Versicherungsamtmann oder in größeren Versicherungsämtern die Versicherungsamtmänner — diese Bezeichnung ist in Süddeutschland seit langem allgemein und in Preußen neuerdings in einigen Städten eingeführt — müssen eben volkstümliche Persönlichkeiten werden, die in einem engen Vertrauensverhältnis zu den beteiligten Kreisen stehen. Dies haben auch schon Autoritäten auf dem Gebiete des Arbeiterrechts wie Stier-Somlo und Kaskel betont. Letzterer hebt das Vertrauensverhältnis in einem Artikel über die Organisation der Arbeitsgerichte — Soziale Praxis 1920 Nr. 40 Sp. 949 — ganz besonders hervor, indem er erklärt: „Dieses psychologische Moment muß unbedingt unter allen Umständen das ausschlaggebende sein, mögen selbst rechtswissenschaftliche und organisationstechnische Gründe dagegen sprechen." Was hier für die Arbeitsgerichte gefordert wird, trifft auch für die Behörden der Arbeiterversicherung zu. Es muß deshalb gefordert werden, daß zu stellvertretenden Vorsitzenden der Versicherungsämter nur Personen bestellt werden, die sich, wie es auch das Gesetz vorschreibt, durch Erfahrung und Vorbildung auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung eignen. Daß dies nicht durchaus Juristen sein müssen, ist schon durch die Reichsversicherungsordnung anerkannt (§ 39), wenngleich die Begründung (S. 28) die Fähigkeit zum

höheren Verwaltungsdienst oder zum Richteramt immerhin „als Regel" für die Eignung zum stellvertretenden Vorsitzenden hinstellt. Das wird ja auch an den beiden Aufsätzen der Schriftleitung der Arbeiter-Versorgung, Heft 19 S. 374 und Heft 30 S. 592, nicht verkannt, darüber hinaus aber hält Stier-Somlo in „das neue Deutschland" die kommunalen Hochschulen für geeignete Bildungsstätten zur Heranbildung dieser sozialen Fachbeamten. In gleichem Sinne sei auch noch besonders auf die neu entstandenen Verwaltungsakademien hingewiesen. Alle diese Möglichkeiten, sich die für das Amt eines Versicherungsamtsvorsitzenden erforderliche Vorbildung und Erfahrung zu verschaffen, will der Herr Verfasser des Artikels im Heft 14 nicht gelten lassen. Ja, er vergißt sogar, daß er selbst anerkannt hat, daß es unter den Kreisversicherungssekretären, tüchtige, strebsame und für das Amt geeignete Beamte gäbe; denn er fordert schlechthin juristisch vorgebildete Beamte als Leiter und deren ständige Stellvertreter. Das wäre geeignet, den freiheitlichen, schon unter der kaiserlichen Regierung geschaffenen Geist der Reichsversicherungsordnung wieder abzutöten. Nicht der Schrei nach dem Assessor als dem allein seligmachenden, kann die Losung sein. Die freie Auswahl unter den Tüchtigsten und für die Stellung Geeignetsten ist vielmehr der Weg, der gewählt werden muß, um die Versicherungsämter zu einer Einrichtung zu machen, die sich des Vertrauens der beteiligten Kreise erfreut. Nur so werden diese Ämter in der Lage sein, ihre Tätigkeit in einer Weise zu entfalten, daß sie den Kreisen, für deren Wohl die Arbeiterversicherung geschaffen ist, zum Segen gereicht.

Ausländerfragen*).

Die Rechtsverhältnisse der Ausländer sind zur Zeit so verwickelt, daß man sich nur schwer ein klares Bild davon machen kann. Im Reichsversicherungsamt ist für die Regelung dei Rechtsverhältnisse in den abgetretenen und abzutretenden Gebieten ein besonderer Ausschuß gebildet, von dem alle die umfangreichen und mannigfaltigen Geschäfte bearbeitet werden. Hinsichtlich

1. Elsaß-Lothringen

wird auf die Ausführungen des RVA. in seinem Geschäftsbericht für das Jahr 1919 — Amtl. Nachr. 1920 S. 203 ff. — verwiesen. Die Verhandlungen zwischen dem Deutschen Reiche und Frankreich bezüglich Elsaß-Lothringens sind inzwischen so weit gediehen, daß das Abkommen demnächst abgeschlossen und veröffentlicht werden wird. Die neuen Zulagen nach der Verordnung vom 5. Mai 1920 sind auf keinen Fall an die Rentenempfänger in Elsaß-Lothringen anzuweisen.

2. Belgien.

Den Ansprüchen der Belgier im Auslande steht der § 596 Abs. I RVO. nicht entgegen, da diese Vorschrift durch Beschluß des Bundesrats vom 24. Februar 1906 außer Kraft gesetzt worden ist und dieser Beschluß auch während des Kriegszustandes zwischen dem Deutschen Reiche und Belgien in Geltung geblieben ist. Rekursentscheidung vom 10. März 1920 Nr. I a 1566/18[5].

Was die Auszahlung der Renten nach Belgien betrifft, so brachte der Deutsche Reichs-Anzeiger vom 15. Dezember 1919 einen Auszug aus dem Amtsblatt in Belgien, wonach jede Zahlungsannahme und im allgemeinen jeder Verkehr zwischen Gläubigern belgischer Nationalität und Schuldnern deutscher Nationalität vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des Friedensvertrages an untersagt sei, sofern nicht ein belgisches Prüfungs- und Ausgleichungsamt damit befaßt werde. Inzwischen hat nach einem Schreiben der deutschen Gesandtschaft in Brüssel vom 8. Mai 1920 die belgische Regierung jetzt die direkte Zahlung von Renten, die auf der sozialen Gesetzgebung beruhen, an belgische Gläubiger zugestanden.

Vereinbarungen über die Erstattung vorgelegter Renten sind nach einer Mitteilung des RVA. vom 4. August 1920 I a 1060/20[3] mit Belgien nicht getroffen worden.

Nach der Bekanntmachung der Reichsregierung vom 30. Juni 1920, RGBl. 1920 S. 1397 ff. Ziff. 18 und 19, sind das Abkommen vom 6. Juli 1912 zwischen dem Deutschen Reiche und Belgien über Unfallversicherung, RGBl. 1913 S. 23, Amtl. Nachr. 1913 S. 296, sowie die Ausführungsbestimmungen vom 9. August 1913, RGBl. 1913 S. 637, Amtl. Nachr. 1913 S. 583, wieder in Kraft getreten.

Die Bestimmungen erfahren insofern eine Abänderung, als an Stelle der damals bestehenden Konsulate in Bremen und Köln nunmehr die belgischen Konsulate in Köln, Frankfurt a. M. und Hamburg in Betracht kommen. Nach § 1 der vorerwähnten Ausführungsbestimmungen vom 9. August 1913 sind für die Empfangnahme der Zahlungen als Konsularbehörden die vorstehenden Konsulate jedes für den Bereich seines Amtsbezirkes und die Königlich-Belgische Gesandtschaft in Berlin für das übrige Gebiet des Reiches zuständig.

*) Mit freundlichst erteilter Ermächtigung entnommen dem „Kompaß" vom 5. September 1920.

3. Eupen und Malmedy.

Nach einem Rundschreiben des RVA. vom 2. Juni 1920 I 5419 ist ein Abkommen in Vorbereitung, wonach die belgische Regierung die Entschädigungspflicht für Unfälle übernimmt, die seit dem 1. Januar 1920 in den in den Kreisen Eupen und Malmedy gelegenen, bis dahin bei einer deutschen Berufsgenossenschaft versichert gewesenen Betrieben und Betriebsteilen eingetreten sind. Den deutschen Berufsgenossenschaften stehen Beiträge aus den bezeichneten Betrieben vom 1. Januar 1920 an nicht mehr zu. Die belgische Regierung übernimmt auch die Entschädigungspflicht für die Unfälle, die vor dem 1. Januar 1920 in den bezeichneten Betrieben vorgekommen sind. Im übrigen zu vergleichen das Abkommen.

4. Luxemburg.

Nach einem Runderlaß des RVA. vom 20. Februar 1919 I 1128/II 3344 liegen keine Gründe vor, Unfallrenten an luxemburgische Staatsangehörige, die in Luxemburg wohnen, nicht auszuzahlen. Auch die Besetzung des linksrheinischen Reichsgebiets hat auf die Verpflichtung zur Weiterzahlung nach Luxemburg an sich keinen Einfluß.

5. Italien.

Nach dem Runderlaß des RVA. vom 8. Juni 1920 I 1200 sollen die nach Inkrafttreten des Friedensvertrages fällig gewordenen und fällig werdenden Renten an die in Italien wohnenden Italiener nunmehr ausgezahlt werden, und zwar die seit dem 1. Februar 1920 fällig gewordenen und laufenden Renten sofort, zweckmäßig durch Vermittlung der Deutschen Bank, in der in den Amtl. Nachr. 1909 S. 557 erörterten Weise. Wegen Auszahlung der während des Krieges rückständig gewordenen Renten schweben noch Verhandlungen.

Die nach Italien gezahlten Renten werden als Markschulden durch Vermittlung der Deutschen Bank zu dem jeweiligen Markkurs dort ausgezahlt.

6. Österreich-Ungarn.

Der Bundesratsbeschluß vom 29. Juni 1901, durch den das Ruhen der Rente gemäß § 615 Ziff. 3 RVO. für die Angehörigen der im Reichsrate vertretenen Königreiche und Länder der k. und k. österreich-ungarischen Monarchie außer Kraft gesetzt war, dürfte infolge des Zerfalles des österreich-ungarischen Staates rechtlich und tatsächlich gegenstandslos geworden sein. Trotzdem empfiehlt es sich aus naheliegenden Gründen, die Renten an die Deutsch-Österreicher weiter zu zahlen. Für die anderen Staatsangehörigen aber liegt zur Weiterzahlung der Renten kein Anlaß vor, vertritt doch auch die in der „Arbeiter-Versorgung“ vom 11. Juni 1919 S. 335/336 veröffentlichte Entscheidung des tschecho-slowakischen obersten Gerichts vom 4. Februar 1919 ebenfalls den Standpunkt, daß die von der österreich-ungarischen Monarchie mit anderen Staaten abgeschlossenen Staatsverträge ihre Gültigkeit verloren haben. Im übrigen wird bemerkt, daß ein Oberversicherungsamt bereits den eingangs erwähnten Standpunkt gebilligt hat und die Angelegenheit jetzt in der Rekursinstanz beim RVA. anhängig ist.

Wegen Abschluß eines Übereinkommens über Sozialversicherung schweben neuerdings Verhandlungen zwischen dem Deutschen Reiche und der Republik Österreich sowie der Tschecho-Slowakei.

7. Das Gebiet von Russisch-Polen,

das früher unter deutscher oder österreichischer Verwaltung stand.

Wie das RVA. durch einen Runderlaß vom 10. März 1919 I 1276/2 3632 mitgeteilt hat, waren nach Auffassung des Reichswirtschaftsministeriums, der sich das Auswärtige Amt und der Reichsarbeitsminister angeschlossen haben, damals weitere Rentenzahlungen nach dem bezeichneten Gebiete nicht zulässig, vielmehr hatte das Zahlungsverbot gegen Rußland auch für Russisch-Polen Geltung. Inzwischen ist durch die Verordnung der Reichsregierung vom 11. Januar 1920, RGBl. S. 32, zwar das Zahlungsverbot gegen Rußland aufgehoben. Die Bundesratsverordnung vom 14. Juni 1916, betreffend Außerkraftsetzung des § 615 Ziff. 3 RVO. für die Dauer des Aufenthalts der Verletzten im Gebiete des Generalgouvernements in Warschau oder der k. und k. Militärverwaltung, dürfte aber jetzt nicht mehr zutreffen, nachdem beide Gebiete nicht mehr unter deutscher oder österreichischer Verwaltung stehen. Die Frage, ob die Bundesratsverordnung noch zu Recht besteht, dürfte trotz der Ausführungen in der „Berufsgenossenschaft“ 1919 S. 88 nur im Rechtswege entschieden werden können. Die Frage muß daher durch Erteilung von Rentenruhebescheiden zum Austrag gebracht werden, womit sich das RVA. einverstanden erklärt hat.

8. Polen.

Mit dem Übergang der Staatshoheit über das an Polen abgetretene Gebiet ist nach einem Bescheide des RVA. vom 12. Februar 1920 I 223 gemäß Artikel 312 des Friedensvertrages die Entschädigungspflicht gegenüber den dortigen Rentenempfängern auf den polnischen Staat übergegangen, soweit nicht ein mit diesem zu schließendes Abkommen anders bestimmen sollte. Wenn der polnische Staat auf Weiterzahlung der Renten Wert legt, wird er die Anweisung an eine Postbehörde geben müssen. Den Berufsgenossenschaften kann nach dem Stande der Verhandlungen mit Polen nicht empfohlen werden, den Auftrag zur Weiterzahlung, d. h. für deutsche Rechnung, zu geben.

Mitteilungen an die Rentenempfänger in den an Polen abgetretenen Gebietsteilen über Einstellung der Rentenzulagen und Bescheidserteilungen über das Ruhen der Rente sollen vorerst auf die Fälle beschränkt bleiben, in denen Rentenempfänger an deutsche Versicherungsträger wegen sofortiger Zahlung ihrer Renten herantreten. In diesen Fällen wird auch geprüft werden können, ob die Rentenempfänger etwa deutsche Reichsangehörige geblieben oder wieder geworden sind — Artikel 91 des Friedensvertrages; Bescheid des RVA. vom 24. April 1920.

Die polnische Regierung hat die Auszahlung der Beiträge an die deutschen Berufsgenossenschaften gesperrt.

Für die Frage, ob die Rentenberechtigten in Polen deutsche Reichsangehörige geblieben oder geworden sind, ist der nachstehende Artikel 91 des Friedensvertrages maßgebend:

„Die deutschen Reichsangehörigen, die ihren Wohnsitz in den endgültig als Bestandteil Polens anerkannten Gebieten haben, erwerben von Rechts wegen die polnische Staatsangehörigkeit unter Verlust der deutschen.

Indes können deutsche Reichsangehörige und ihre Nachkommen, die sich nach dem 1. Januar 1908 in jenen Gebieten niedergelassen haben, die polnische Staatsangehörigkeit nur mit besonderer Genehmigung des polnischen Staates erwerben.

Zwei Jahre lang nach Inkrafttreten des gegenwärtigen Vertrags sind die über 18 Jahre alten deutschen Reichsangehörigen, die in einem der als Bestandteil Polens anerkannten Gebiete ihren Wohnsitz haben, berechtigt, für die deutsche Reichsangehörigkeit zu optieren.

Polen deutscher Reichsangehörigkeit im Alter von über 18 Jahren, die in Deutschland ihren Wohnsitz haben, sind ebenso*) berechtigt, für die polnische Staatsangehörigkeit zu optieren.

Die Option des Ehemanns erstreckt ihre Wirkung auf die Ehefrau, die Option der Eltern erstreckt ihre Wirkung auf Kinder unter 18 Jahren.

Allen Personen, die von dem oben vorgesehenen Optionsrecht Gebrauch machen, steht es frei, in den nächsten 12 Monaten ihren Wohnsitz in den Staat zu verlegen, für den sie optiert haben.

Es steht ihnen frei, das unbewegliche Gut zu behalten, das sie im Gebiet des andern Staates besitzen, in dem sie vor der Option wohnten.

Sie dürfen ihr gesamtes bewegliches Gut zollfrei in das Land mitnehmen, für das sie optiert haben. Die etwa bestehenden Ausfuhrzölle oder -gebühren werden dafür von ihnen nicht erhoben.

Innerhalb derselben Frist haben die Polen, die deutsche Reichsangehörige sind und sich im Ausland befinden, das Recht — falls dies den Bestimmungen des fremden Gesetzes nicht zuwiderläuft und falls sie nicht die fremde Staatsangehörigkeit erworben haben — die polnische Staatsangehörigkeit unter Verlust der deutschen auf Grund der von dem polnischen Staat zu erlassenden Vorschriften zu erwerben.

In dem Teile Oberschlesiens, in dem die Volksabstimmung stattfindet, treten die Bestimmungen dieses Artikels erst nach der endgültigen Zuteilung dieses Gebiets in Kraft."

9. Memelgebiet.

Zwar ist das Memelgebiet durch den Friedensvertrag vom 15. Februar d. J. an den Feindbund abgetreten. Die Verhältnisse sind aber völlig anders zu beurteilen, als bei den an Polen abgetretenen Gebieten. Eine endgültige Regelung ist nur durch Staatsvertrag möglich; bis dahin wird empfohlen, die berufsgenossenschaftliche Fürsorge in jeder Beziehung fortzusetzen. Die beteiligten Berufsgenossenschaften sollen auch weiterhin Träger der Unfallversicherung in dem abgetrennten Memelgebiet bleiben, und zwar sollen dieselben Beiträge wie früher entrichtet werden und dieselben Behörden (Versicherungsämter, Polizeibehörden und Gemeindevorsteher) bei der Ausführung der Unfallversicherung mitwirken. Es handelt sich um die Ortschaften des Landkreises Heydekrug, des Kreises Ragnit und des Landkreises Tilsit. Die Zulagen sind aber nach dem Memelgebiet nicht zu gewähren, da die Verordnung vom 5. Mai 1920 erst ergangen ist, nachdem das Gebiet schon vom Reiche abgetrennt war.

10. Danzig.

Für Danzig und die Abstimmungsgebiete empfiehlt sich ebenfalls die weitere Ausübung der berufsgenossenschaftlichen Fürsorge, nur nicht durch Bescheid, sondern durch formlose Mitteilung. Auch hier müssen noch endgültige Abmachungen abgewartet werden. Wegen der Zulagen siehe Memelgebiet.

11. Nord-Schleswig.

Nach einer Mitteilung des Herrn Reichsarbeitsministers an den Verband der deutschen Berufsgenossenschaften ist die Staatshoheit über den abzutretenden Teil von Nord-Schleswig nach deutscher Auffassung am 15. Juni 1920 an Dänemark übergegangen. Damit ist dieses Gebiet Ausland geworden, und es besteht keine Veranlassung mehr für die Berufsgenossenschaften, in die Bearbeitung von Unfällen einzutreten, die sich seit dem 15. Juni 1920 in diesem Gebiete zugetragen haben. Die laufenden Renten in dem abgetretenen Gebiet werden nach Mitteilung der Regierung vorläufig von den dänischen Kassen an den Empfangsberechtigten ausgezahlt. Wegen eines Abkommens über die Sozialversicherung schweben mit der dänischen Regierung Verhandlungen.

Heßbrügge.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Beanstandung der Festsetzung des durchschnittlichen Tagesentgelts (§ 180 Abs. 3) wegen veränderter Verhältnisse?

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. April 1920 (2585 Amtl. Nachr. 1920 S. 373.

Hinsichtlich der Berechnung des durchschnittlichen Tagesentgelts, der nach § 180 Abs. 1 und 2 RVO. maßgebend ist für die Bemessung des Grundlohnes, enthält das Gesetz selbst keine Vorschriften. Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 1787 (Amtl. Nachr. 1913 S. 827) ausgeführt hat, bringt § 180 Abs. 2 RVO. — nur dieser kommt hier in Frage — gegenüber dem früheren Rechte (§ 20 Abs. 2 KrankenversGes.) in dieser Hinsicht keine Neuerung; es ist also ebenso wie bisher davon auszugehen, daß die durch § 180 Abs. 2 zugelassene Einteilung der Kassenmitglieder nach Lohnstufen dem Zwecke dient, die Höhe der Beiträge und baren Leistungen möglichst dem wirklichen täglichen Arbeitsverdienste des einzelnen Mitgliedes anzupassen. Das gilt insbesondere auch von Kassenmitgliedern, deren Löhnung nach Akkordsätzen oder sonst in wechselnder Höhe erfolgt. Hier ist der Tagesverdienst nach einer billigen Durchschnittsberechnung zu ermitteln, über die die Satzung der Kasse das Nähere zu bestimmen hat (zu vgl. Hoffmann, Kommentar 5. Aufl. Anm. 7 Abs. 2 zu § 180; Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. und 9. Aufl. Anm. 3 zu § 180; Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 3. Februar

*) Die Übersetzung folgt hier dem englischen Text; im französischen Text heißt es (abweichend von der sonst gleichliegenden Bestimmung im Art. 85) statt „ebenso": „selbst".

1913 in der ArbVers. 1913 S. 345). Ob die in § 10 der Satzung der Beklagten gewählte Berechnungsart im Einzelfalle gegenwärtig immer der Billigkeit entspricht, kann in der Tat zweifelhaft sein. Vorliegend ist jedenfalls nicht zu verkennen, daß der für den Kläger gemäß der Satzung ermittelte Durchschnittsverdienst hinter dem Arbeitsverdienste, den er vor seiner Erkankung erzielte, infolge der im Kriege eingetretenen außergewöhnlichen Lohnerhöhungen nicht unwesentlich zurückbleibt. Das berechtigt aber jedenfalls nicht dazu, die fragliche Satzungsbestimmung gegebenenfalls als rechtsungültig zu erachten. Nach § 180 Abs. 3 bedarf die Festsetzung des durchschnittlichen Tagesentgelts gemäß § 180 Abs. 1 und 2 der Zustimmung des Oberversicherungsamts (Beschlußkammer). Diese ist nach freiem Ermessen zu erteilen und kann gemäß § 324 Abs. 3 RVO. versagt werden, wenn die Festsetzung der Durchschnittslöhne unzweckmäßig erscheint. Die in Frage stehende Bestimmung über die Berechnung der Durchschnittslöhne findet sich in der Satzung der Beklagten vom 30. Juni 1913, ist also jedenfalls vor Kriegsausbruch erlassen und vom Oberversicherungsamte gebilligt worden. Damals war auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte sowohl wie insonderheit bei der Firma Z. mit einer gewissen Stetigkeit der Arbeits- und Lohnverhältnisse zu rechnen, außergewöhnlich sprunghafte Lohnsteigerungen, wie sie erst geraume Zeit nach Kriegsausbruch sich einstellten, waren nicht zu erwarten. Das Oberversicherungsamt hat daher damals offenbar unbedenklich seine Zustimmung erteilt, weil die fragliche Satzungsbestimmung zur Zeit ihres Erlasses, im Jahre 1913, durchaus zweckmäßig war und der Billigkeit entsprach. Ob sie später infolge der durch den Krieg veränderten Verhältnisse noch der Billigkeit entsprach oder jetzt noch entspricht, kann dahingestellt bleiben. In letzterem Falle würde es dem zur Änderung der Kassensatzung berufenen Organ, das ist dem Ausschuß, überlassen bleiben müssen, auf Abänderung der Satzung hinzuwirken. Da die Vertreter der Versicherten im Ausschuß die Mehrheit haben (§ 338 Abs. 3 RVO., § 38 Abs. 5 der Satzung der Beklagten), so ist damit das Interesse der Versicherten auch insoweit hinreichend gewahrt. Hiernach sind jedenfalls die Instanzen des Spruchverfahrens vorliegend nicht in der Lage, die Rechtsgültigkeit der fraglichen Satzungsbestimmung zu beanstanden.

Ebensowenig ist es gerechtfertigt, das dem Kläger zukommende Krankengeld um deswillen nach einer höheren Lohnstufe zu berechnen, weil, wie es nach der bei den Akten befindlichen Lohnkarte des Klägers den Anschein hat, die Beiträge nicht nach dem gemäß § 10 der Kassensatzung für die Leistungen der Kasse maßgebenden Grundlohn, sondern nach dem vom Kläger im Jahre 1917 tatsächlich erzielten Arbeitslohne berechnet worden sind. Nach § 385 Abs. 1 RVO. sind die Beiträge allerdings in Hundertsteln „des" Grundlohnes zu bemessen, der für die baren Leistungen der Kasse maßgebend ist (§ 180). Eine etwaige Verletzung dieser Vorschrift würde für den Kläger nicht die Gewährung höherer Barleistungen im Erkrankungsfalle rechtfertigen, vielmehr wäre lediglich zu prüfen, ob die Beiträge in der zulässigen Höhe berechnet worden sind.

---

§ 193 Abs. 3 RVO. gilt nicht, wenn der Versicherte nach der Erkrankung den Kassenbezirk verläßt.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 30. Juni 1920 (2595 Amtl. Nachr. S. 401).

Der dem § 24 der Satzung zugrunde liegende § 193 Abs. 3 RVO. geht davon aus, daß den freiwilligen Mitgliedern einer Krankenkasse grundsätzlich die gleichen Rechte wie den Pflichtmitgliedern zustehen, und auch sie daher, wenn sie außerhalb des Kassenbezirks erkranken, Anspruch auf Krankenpflege haben. Da aber die Versorgung Erkrankter mit ärztlicher Behandlung und Arznei außerhalb des Kassenbezirks den Kassen häufig nicht unbeträchtliche Schwierigkeiten und Mehrausgaben verursacht, so hat § 193 Abs. 3 den Kassen die Befugnis eingeräumt, durch eine entsprechende Bestimmung der Satzung den Anspruch auf Gewährung der Krankenpflege in Natur in einen solchen auf Zahlung eines nach der Höhe des Krankengeldes sich bemessenden Pauschbetrags umzuwandeln. Sofern die Kasse in ihrer Satzung von dieser Befugnis Gebrauch gemacht hat, kann der Versicherte gegebenenfalls von der Kasse nicht Gewährung der Krankenpflege in Natur oder vollen Ersatz seiner hierfür gemachten Aufwendungen fordern, sein Anspruch beschränkt sich vielmehr auf den angegebenen Geldbetrag; andererseits darf er beliebig ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, ohne bei Erhebung des Anspruchs auf das halbe Krankengeld den Einwand befürchten zu müssen, daß er sich zunächst an den Kassenvorstand hätte wenden müssen (zu vgl. Revisionsentsch. 2466 Amtl. Nachr. des RVA. 1918 S. 417). Bei dieser durch § 193 Abs. 3 ermöglichten Regelung der Krankenpflege auswärtiger freiwilliger Mitglieder kann nach ihrem erwähnten Zwecke unmöglich daran gedacht sein, den Eintritt der Wirkung der entsprechenden Satzungsbestimmung von dem Belieben des Versicherten abhängig zu machen, es also ihm zu überlassen, durch willkürlichen Wechsel des Aufenthalts im Laufe der Erkrankung jedesmal einen regelmäßig mit Erschwerungen für die Kasse verbundenen Wechsel in der Verpflichtung der Kasse, einen Übergang bald von der Sach- zur Geldleistung, bald umgekehrt herbeizuführen; die Bestimmung des § 193 Abs. 3 kann vielmehr nur dahin verstanden werden, daß die Umwandlung der Kassenverpflichtung von der Sach- zur Geldleistung für den ein-

zelnen Versicherungsfall einheitlich geregelt werden sollte. Für diese Umwandlung muß daher der Aufenthalt des Versicherten zu einem bestimmten Zeitpunkt entscheidend sein, und als dieser Zeitpunkt kann, wenn jede Willkür der Kasse sowohl wie des Versicherten ausgeschlossen sein soll, nur der des Eintritts des Versicherungsfalls in Frage kommen. Eine auf Grund des § 193 Abs. 3 erlassene Bestimmung der Satzung kann also jedenfalls dann nicht Anwendung finden, wenn sich der Versicherte bei Eintritt des Versicherungsfalls im Bezirke der Kasse aufgehalten hat, ein nachträglicher Wechsel des Aufenthalts vermag, gleichviel, ob er mit oder ohne Genehmigung des Kassenvorstandes erfolgt ist, die hiernach nicht von vornherein (bei Eintritt des Versicherungsfalls) gegebenen Voraussetzungen der Anwendbarkeit dieser Satzungsbestimmung nicht zu begründen. Bei einer anderen als der vorstehend dargelegten Auslegung würde der Anspruch des Versicherten auf das halbe Krankengeld in einem Falle wie dem vorliegenden von dem zufälligen Umstand abhängen, ob die Heilanstalt, in welcher das Heilverfahren gewährt wird, im Kassenbezirk oder außerhalb sich befindet; ersterenfalls würde der Anspruch nicht gegeben, letzterenfalls gegeben sein, eine Folgerung, die ohne weiteres abzulehnen ist.

Zur Abfindung durch Geld statt Krankenpflege. (§ 370 RVO.)

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** vom 28. September 1920 (1623/20).

Der Kläger erkrankte als Pflichtmitglied der beklagten Kasse am 20. Juni 1920, blieb aber arbeitsfähig; Krankenpflege konnte die Beklagte ihm nicht gewähren, denn es bestand damals zwischen ihr und ihren Ärzten der vertragslose Zustand. Dem Kläger wurde anheimgegeben, ärztliche Hilfe und Arznei sich auf eigene Kosten zu beschaffen und später die quittierten Rechnungen der Kasse einzusenden, die ihn dann innerhalb der ihr vom Oberversicherungsamt nach § 370 RVO. erteilten Ermächtigung entschädigen würde. Der Kläger hat am 20. Juni 1920 einen Arzt aufgesucht, dem er 4,50 ℳ bezahlt haben will, und seine Ausgaben für Arznei sollen 14,10 ℳ betragen haben. Da die Beklagte, die die Höhe dieser Beträge nicht bestritten hat, ihm nur 4 ℳ zur Erstattung anbot, verweigerte der Kläger die Annahme; er meint, Anspruch auf volle Schadloshaltung zu haben, und hat demgemäß beantragt, die Beklagte zur Zahlung von 18,60 ℳ zu verurteilen. — Die Kasse war nach wie vor nur bereit, 4 ℳ zu erstatten. Sie war vom Oberversicherungsamt ermächtigt worden, „. . . . statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine bare Leistung von 3,70 ℳ für jeden Tag zu gewähren." Daraufhin hatte der Kassenvorstand beschlossen, statt der Krankenpflege, also statt ärztlicher Behandlung und Versorgung mit Arznei usw., den Arbeitsunfähigen 3,70 ℳ den Tag für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Erkrankten aber, die arbeitsfähig bleiben, je nachdem sie zum Arzt in die Sprechstunde gehen oder von ihm in der Wohnung besucht werden, 4 ℳ oder 5 ℳ für den Tag der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe zu gewähren. Demgemäß, meint die Beklagte, habe der Kläger auf nicht mehr als die ihm angebotenen 4 ℳ Anspruch.

Das Versicherungsamt verurteilte die Kasse zur Zahlung der vollen 18 ℳ. — Gründe:

Der Kassenvorstand hat bei seinem Beschluß die Bedeutung der ihm gewordenen Ermächtigung völlig verkannt. Weigern sich die Ärzte, ihren der Krankenkasse gegenüber bestehenden Verpflichtungen nachzukommen, so berührt das die Ansprüche der Versicherten gegen die Kasse an sich nicht; nur wird die Kasse unvermögend, diese auf Sachleistungen gehenden Ansprüche zu befriedigen, und deshalb muß eine Ersatzleistung eintreten; als solche sieht § 370 der Reichsversicherungsordnung eine Barleistung vor, zu deren Gewährung die Kassen auf Antrag ermächtigt werden, wobei das die Ermächtigung gebende Oberversicherungsamt eine Begrenzung nach oben hin festsetzt. Die erkrankten Kassenmitglieder müssen sich zunächst auf eigene Kosten ärztliche Hilfe und Arznei verschaffen, und die Kasse erstattet ihnen dann die Auslagen bis zu dem in der Ermächtigung bestimmten Höchstbetrage; darüber hinaus darf sie nicht gehen (vergleiche den Erlaß vom 2. Dezember 1913, Handelsministerialblatt 621), andererseits sollen die Versicherten, deren Ansprüche an die Kasse an sich ja fortbestehen, bis zu dieser Grenze schadlos gehalten werden. Dem aber entspricht der Beschluß des Vorstandes der Beklagten in keiner Weise. Ganz willkürlich macht man danach einen Unterschied zwischen Erkrankten, die arbeitsunfähig werden, und solchen, die arbeitsfähig bleiben, indem man jenen für die ganze Dauer der Arbeitsunfähigkeit 3,70 ℳ den Tag zubilligt, also ohne jede Rücksicht auf die tatsächlichen Aufwendungen, die oft viel geringer sein werden, den arbeitsfähig bleibenden Erkrankten hingegen zwar einen etwas höheren Betrag, 4 ℳ bis 5 ℳ, jedoch nur für den Tag der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe gewährt; so stellt man also diese Gruppe viel schlechter als jene, und dieses Verfahren entbehrt jeder Billigkeit und findet auch im Gesetz keinerlei Stütze; die Beklagte hatte vielmehr jedem Erkrankten, mag er nun arbeitsunfähig geworden sein oder nicht, die tatsächlichen Aufwendungen für die von ihm selbst beschaffte Krankenpflege bis zu dem in der Ermächtigung festgesetzten Höchstbetrage, also 3,70 ℳ den Tag, zu ersetzen. Des Klägers Aufwendungen bleiben nun erheblich unter dieser Grenze, so daß er voll entschädigt werden mußte.

Zur Auslegung des § 377 Abs. 3 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 13. Juli 1920 (2590 Amtl. Nachr. 1920 S. 381).

. . . Aber auch sachlich vermochte das Reichsversicherungsamt der Auffassung des Oberversicherungsamts nicht beizutreten. Nach § 377 Abs. 3 RVO. kann bei Betriebskrankenkassen für Reichs- oder Staatsbetriebe die oberste Verwaltungsbehörde Auf-

gaben des Versicherungsamts, die nicht der Spruchausschuß wahrzunehmen hat, anderen Behörden übertragen. Hiernach findet die einengende Auslegung dieser Vorschrift durch das Oberversicherungsamt in dem Wortlaut des Gesetzes zunächst keine Stütze. Ebensowenig bietet aber ihre Entstehungsgeschichte dafür einen Anhalt. Die Vorschrift beruht auf einem Beschlusse der Kommission (zu vgl. Kommissionsbericht 2. Teil S. 355, 356). In den Verhandlungen hat ein Regierungsvertreter ausgeführt, daß sie einen beschränkten Ersatz für die von der Kommission abgelehnten Sonderversicherungsämter darstelle, da diese selbst anerkannt habe, daß in beschränktem Umfang, besonders hinsichtlich der Aufsichtsbefugnisse, eine Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse der Betriebskrankenkassen für Reichs- oder Staatsbetriebe erforderlich sei. Auch hier ist also nicht zum Ausdruck gebracht, daß es sich bei der Übertragung von Aufgaben auf andere Behörden lediglich um Aufsichtsbefugnisse handeln muß. Sie kommen nur in erster Linie in Betracht. Die gleiche Auffassung wird in der Literatur von Hoffmann (Kommentar 5. Aufl. Anm. 12 zu § 377) vertreten. Auf ihn nimmt das Oberversicherungsamt für seine Ansicht zu Unrecht Bezug. Anderer Auffassung ist allerdings Hahn (Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 377 RVO.) im Hinblick auf die Stellung der Vorschrift. Diesem Umstand hat das Reichsversicherungsamt jedoch gegenüber den vorstehend angegebenen Erwägungen keine ausschlaggebende Bedeutung beizulegen vermocht.

Anmerkung: Der Schlußsatz dieser Begründung erscheint recht schwach gegenüber dem starken Bedenken, daß der § 377 im 5. Abschnitt des 2. Buches der RVO. steht, der überschrieben ist: „Aufsicht". Hahn steht mit seiner abweichenden Auffassung übrigens nicht allein. Zu vgl. Stier-Somlo Anm. 6 zu § 377. Auch Riedel (ArbVers. 1916 S. 303) bezieht den Abs. 3 des § 377 nur auf Übertragung von Aufsichtsbefugnissen und weist zugleich auf ernste Bedenken hin, die sich bei Anwendung des § 377 Abs. 3 ergeben haben. Diese Bedenken werden durch die ausdehnende Auslegung der Vorschrift noch verstärkt.

Sprechsaal.

Beitragseinhebung der Krankenkassen.

Nach § 393 RVO. haben die Arbeitgeber die Beiträge für ihre Versicherungspflichtigen an den Tagen einzuzahlen, welche die Kasse festsetzt. Einzahlungspflichtig und somit Schuldner der Kasse ist der Arbeitgeber. Er hat die Zahlung an der Kassenstelle zu leisten, was nicht ausschließt, daß satzungsgemäß die Abholung der Beiträge vorgesehen werden kann. Der Arbeitgeber kann Quittung verlangen, muß aber die dadurch entstehenden Kosten tragen. Die Kasse muß auf Verlangen dem Arbeitgeber Aufstellungen über die von ihm für die einzelnen Versicherten zu zahlenden Beiträge zugehen lassen; es genügt nicht, daß sie den Gesamtbetrag von ihm fordert und ihn im übrigen auf ihre Hebeliste verweist. (Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 1 und 2 zu § 393.)

Die Kasse hat sonach drei Wege, die Beiträge einzuziehen: die Einrichtung von bestimmten Einzahlungstagen bei ihr oder bei einer Zahlstelle, die Einhebung durch Beauftragte oder die Einforderung auf das Postscheckkonto der Kasse.

Wenn erstere Einrichtung getroffen ist, der Arbeitgeber aber an dem hierfür bestimmten Tage die Beiträge nicht einzahlt, wären an sich die Voraussetzungen zur Einleitung des Mahnverfahrens gegeben. Sowohl für die Kasse als auch den Arbeitgeber aber wird es zweckmäßig sein, hiervon zunächst abzusehen und dem Arbeitgeber durch Übersendung einer Aufstellung vorher nochmals Gelegenheit zur Einzahlung der Beiträge zu geben. Die hieraus erwachsenden Portokosten hat grundsätzlich der mit der Beitragszahlung im Verzuge befindliche Arbeitgeber zu tragen oder zu erstatten.

Zur Vermeidung von Weiterungen dürfte sich folgende Satzungsbestimmung empfehlen: „Der Rechnungs- und Kassenführer hat die Beiträge alsbald nach ihrer Fälligkeit zu erheben. Hierbei ist jedem Beitragsschuldner eine zergliederte Aufstellung über die geschuldeten Beiträge mit der Aufforderung zu übersenden, die geschuldeten Beiträge binnen sieben Tagen einzuzahlen. Die Postgebühren für Übersendung der Rechnung und Einzahlung der Beiträge sind von dem Beitragsschuldner zu tragen bzw. zu erstatten."

Soweit beispielsweise bei Kassen in ländlichen Bezirken die Beiträge zum Teil durch die Gemeinden eingehoben, zum Teil aber auf das Postscheckkonto der Kasse eingefordert werden, hätte die Satzungsbestimmung zu lauten: „Der Rechnungs- und Kassenführer hat die Beiträge alsbald nach Fälligkeit zu erheben bzw. erheben zu lassen. Die Einhebung kann auch durch schriftliche Zahlungsaufforderung an die Beitragsschuldner erfolgen. Hierbei ist jedem Beitragsschuldner eine zergliederte Aufstellung über die geschuldeten Beiträge mit der Aufforderung zu übersenden, die geschuldeten Beiträge binnen sieben Tagen einzuzahlen. Die Postgebühren für Übersendung der Rechnung und Einzahlung der Beiträge sind von den Beitragsschuldnern zu tragen bzw. zu erstatten."

Da die Beitragserhebung nicht kostenlos erfolgen kann, wird es sich empfehlen, ein Einhebegeld von vielleicht 50 Pf. für jeden Beitragsschuldner in der Satzung vorzusehen. Von der Erhebung dieses Einhebegeldes könnte in denjenigen Fällen abgesehen werden, in denen die Einforderung auf das Postscheckkonto erfolgt.

Diese Regelung hat sich bei verschiedenen Kassen bisher gut bewährt. Auf die Auskünfte in der „Arbeiterversorgung" 1916 S. 359 Ziff. 1 und 1920 S. 479 Ziff. 4b wird Bezug genommen. Durch das vorgeschlagene Verfahren werden die dort erwähnten Streitfragen ohne weiteres ausgeschaltet. K. P.

Die Form der Sterbeurkunde zum Nachweis des Anspruchs auf Sterbegeld.

Als Sterbegeld wird „beim Tode eines Versicherten das Zwanzigfache des Grundlohnes be-

zahlt", heißt es im § 201 RVO. — Wie zur Erhebung des Krankengeldes ein Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (§ 182 RVO.) erforderlich ist, wird die Zahlung des Sterbegeldes in der Praxis von der Beibringung einer Sterbeurkunde, deren Ausstellung den Standesämtern obliegt, abhängig gemacht. Zur Vereinfachung des Schreibwerks begnügten sich die Krankenkassen mit einem Auszuge aus dem Sterberegister, welcher außer dem Namen und Todestag des Verstorbenen, nur noch die Bezeichnung seiner Eltern enthielt. Besonders bei Familienangehörigen war es an Hand der letzteren Angabe möglich, die Rechtmäßigkeit des Anspruchs auf Sterbegeld einwandfrei festzustellen, und so mancher zu Unrecht gestellte Anspruch auf diese Kassenleistung: „für ein Kind", obwohl es sich um einen Neffen handelte, oder die „Ehefrau", trotzdem hier die nichtanspruchsberechtigte Mutter in Betracht kam, konnte rechtzeitig festgestellt werden. Dieses abgekürzte, dem Wesen der Krankenversicherung durchaus Rechnung tragende Verfahren bei Prüfung von Sterbegeldansprüchen soll nun der Vergangenheit angehören.

Die Ziffer 5 Absatz 1 des § 59 des Personenstandgesetzes ist mit Gesetz vom 11. Juni 1920 (RGBl. 1209) dahin geändert worden, daß Angaben über Vor- und Familienname, Stand oder Gewerbe der Eltern des Verstorbenen für die Folge wegfallen. Wie nicht anders zu erwarten, haben die Kassen die Annahme dieser unvollständigen Sterbeurkunden verweigert, weil an Hand derselben eine ordnungsmäßige Prüfung der Person des Anspruchsberechtigten nicht möglich war. Dieses durchaus sachgemäße Verhalten der Kassen gab den Oberversicherungsämtern Anlaß zu der Anordnung, diese Urkunden künftig als gültig anzunehmen. Es soll hier nicht weiter untersucht werden, ob derartige Anordnungen rechtsgültig sind; daß damit den Versicherten aber ein sehr schlechter Dienst erwiesen ist, steht außer Frage. Da die Auszahlung von Leistungen erst dann erfolgen darf, wenn sich die Kasse von deren Rechtmäßigkeit nach jeder Richtung hin überzeugt hat, muß dieser Nachweis, wenn die Anordnung bestehen bleiben sollte, auf andere Weise geführt werden. Welche Umstände aber damit verknüpft sind, wird jeder Kenner behördlicher Verhältnisse bestätigen können.

Die Beschaffung polizeilicher Bescheinigungen erfordert nicht allein einen großen Zeitaufwand, sondern sie sind auch mit Unkosten verknüpft, da die Polizeiverwaltungen in letzter Zeit die unentgeltliche Ausfertigung von Bescheinigungen ablehnen; auch wird die Beibringung derartiger Bescheinigungen von den Mitgliedern in den meisten Fällen als unnütze Belästigung, Bürokratismus usw. angesprochen. Alle gegenteiligen Vorstellungen helfen in den meisten Fällen nichts. Die Verärgerung des Mitgliedes, die gerade bei Todesfällen vermieden werden sollte, ist da hervorgerufen durch die beabsichtigte Wohltat des Gesetzgebers. Hier kann man mit Recht sagen, daß Wohltat zur Plage wird. Es liegt also nur im Interesse der Mitglieder selbst, wenn es — wenigstens soweit die Urkunden zum Gebrauch bei den Versicherungsträgern bestimmt sind — bei dem bisherigen Verfahren verbleiben würde. Ohne Zweifel wird bei Änderung des Gesetzes ein Gutachten der Krankenkassenverbände nicht eingeholt worden sein, da sonst auf das Unzweckmäßige der Neuerung im Verkehr mit Krankenkassen aufmerksam gemacht worden wäre. Auf die Dauer wird sich dieser Zustand nicht aufrechterhalten lassen; je eher er beseitigt wird, um so besser ist es für die Versicherten. M. E. würde eine entsprechende Anweisung an die Standesämter genügen, um diesem Mangel abzuhelfen.

Friedr. Schönwald in Düsseldorf.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Aus dem kriegswirtschaftlichen Berichte der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte

(„AngestVers." 1920 Nr. 9) teilen wir auszugsweise folgendes mit: „Knapp 1½ Jahr nach dem Inkrafttreten des Angestelltenversicherungsgesetzes, des jüngsten Zweiges der deutschen Sozialversicherung, brach der Krieg aus, dessen Wirkungen sich bei der erst im Aufbau begriffenen Behörde auf das empfindlichste bemerkbar machten.

Was zunächst den inneren Dienstbetrieb der Behörde selbst anlangt, so machte es die fortgesetzte Einberufung zahlreicher in die neue Materie eingearbeiteter Beamten zum Heeresdienste vielen Abteilungen beinahe unmöglich, die Dienstgeschäfte ordnungsgemäß weiterzuführen. Von den Ende 1913 vorhandenen 589 männlichen Beamten waren Ende 1914, nach noch nicht halbjähriger Kriegsdauer, bereits 548 Beamte zu den Fahnen eingezogen. Es mußten Ersatzkräfte eingestellt werden, deren Einarbeitung in den eigenartigen Betrieb der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte naturgemäß längere Zeit in Anspruch nahm und eine empfindliche Stockung in der Erledigung der Arbeiten nach sich zog. Überwiegend mußte der Bedarf und Ersatz aus weiblichen Arbeitskräften gewählt werden, deren Verwendung für die besonderen Arbeiten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte mit großen Schwierigkeiten verbunden war. Hierzu kam, daß die Arbeiten infolge des Krieges nicht geringer wurden, sondern sich außerordentlich vermehrten. Dies war namentlich für die größte Abteilung der Behörde, die Buchungsabteilung, infolge der vielen Kriegsverordnungen, der großen Veränderungen in dem Versicherungsbestande und des Wechsels in den Gehaltsklassen der Fall, die anfangs zurückgingen und dann fortdauernd stiegen. Außerordentlich arbeitsvermehrend wirkte die Kriegsverordnung vom 26. August 1915 über die Anrechnung der Kriegsdienstzeiten als Beitragsmonate, wodurch in erheblichem Umfange die Verrechnung oder Rückzahlung der von den Arbeitgebern für ihre zur Fahne eingezogenen versicherten Angestellten weiter entrichteten Beiträge erforderlich wurde. Ferner wurden die Arbeiten erschwert durch die Bundesratsverordnung vom 30. September 1916, wonach eine vorübergehende Beschäftigung während des Krieges nicht als versicherungspflichtig zu gelten hatte. In einer großen Anzahl von Fällen mußten die bereits für solche Personen eingezogenen Beiträge zurückgezahlt werden. Weiter verursachten die vielen Kriegstrauungen viele unrichtige Meldungen und damit Registerarbeiten, weil bei der Weiterbeschäftigung die Namensänderung der weiblichen Versicherten in den Registern auf der Versicherungskarte und dem Versicherungskonto vorgenommen

werden mußte. Ebenso vermehrten die Bundesratsverordnungen über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten sowie über die Ausdehnung der Versicherungspflicht bis 7000 ℳ Gehalt die Arbeiten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nicht unerheblich....

Was die Beitragseinnahmen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte anbetrifft, so brachte der Krieg anfangs einen erheblichen Rückgang, während bis zum Ausbruch des Krieges die monatlichen Beitragseinnahmen fortgesetzt zunahmen.... Die Reineinnahme aus Beiträgen betrug in den einzelnen Jahren

	Laufende Beiträge ℳ	Einmalige Beiträge (§ 395) ℳ	zusammen ℳ
1913	137 178 465,59	950 366,18	138 128 831,77
1914	130 197 263,92	527 070,40	130 724 334,32
1915	108 370 786,99	539 083,00	108 909 869,99
1916	111 414 079,68	508 433,55	111 922 513,23
1917	127 422 590,09	136 480,80	127 559 070 89
1918	159 686 407,31	96 569,03	159 782 976,34
1919	285 559 376,97	127 919,47	285 687 296,44

Die niedrigste Beitragseinnahme ergibt hiernach das Jahr 1915. Von da ab setzte infolge der Gehaltssteigerungen eine ständige Steigerung der Beiträge ein, obwohl die Zahl der Betriebe, welche die Beiträge einsandten, in den Jahren 1917 und 1918 noch zurückging.....

Da die ersten gesetzlichen **Leistungen der Angestelltenversicherung** auf Gewährung von Ruhegeld und Hinterbliebenenrente infolge der Erfüllung der Wartezeit, abgesehen von den wenigen Fällen, in denen nach § 395 des Gesetzes die Wartezeit abgekürzt worden ist, erst am 1. Januar 1918 fällig werden konnten, beschränkten sich in den ersten Kriegsjahren die Leistungen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf die Durchführung von Heilverfahren an in der Heimat zurückgebliebene Versicherte, ferner an versicherte Kriegsteilnehmer sowie auf allgemeine, unter dem Gesichtspunkte der vorbeugenden Heilfürsorge getroffene Volkswohlfahrtsmaßnahmen. Der Kriegsausbruch hatte ganz vorübergehend infolge der Einberufung beinahe sämtlicher aus dem Sanitätsdienste hervorgegangenen Bureaubeamten der Heilverfahrensabteilung sowie der Anstaltsärzte zunächst eine Einstellung des Heilverfahrens zur Folge. Nach nur 14 tägiger Unterbrechung wurde jedoch der Geschäftsbetrieb mit neu einberufenen Beamten wieder in Gang gebracht, zunächst zwar auf die Gewährung von Lungenheilverfahren beschränkt, nach kurzer Zeit aber im früheren Umfange wieder aufgenommen. Dabei ergaben sich natürlich durch den fortgesetzten Beamtenwechsel infolge der Einberufungen zum Heere bedeutende Schwierigkeiten. Ferner hatte die Inanspruchnahme einer Reihe von Heilanstalten zu Lazarettzwecken durch die Militärverwaltung einen Mangel an Plätzen zur Folge, der zeitweilig die Unterbringung der Versicherten außerordentlich erschwerte. Die sich im Laufe der Zeit immer ungünstiger gestaltenden Lebensmittelverhältnisse im Inlande gefährdeten die Ernährungsmöglichkeit der in den Anstalten untergebrachten Versicherten, der Mangel an Wäsche, an Kohlen und Betriebsstoffen anderer Art und vieles andere mehr wirkten nachteilig oder doch wenigstens hindernd auf die Heilfürsorge und die zu ihrer Durchführung notwendigen Maßnahmen ein.

Auf der anderen Seite sahen sich die in der Heimat zurückgebliebenen Versicherten durch die allgemeinen Lebens- und Arbeitsverhältnisse mit ihren ungünstigen Einwirkungen auf gesundheitlichem Gebiet in von Jahr zu Jahr erheblich steigendem Maße gezwungen, Heilverfahren nachzusuchen, um dauernden Gesundheitsschädigungen zu begegnen....

Während im ersten Halbjahr des Jahres 1914 eine erhebliche Steigerung in der Zahl der Anträge zu verzeichnen war, gingen die Zahlen beim Ausbruch des Krieges zunächst bedeutend zurück. So betrug die Zahl der Anträge im ersten Kriegsmonat nur 400 gegen 2905 im Monat Juli und 3430 im Monat Juli 1914. Diese Erscheinung war, wie die folgenden Zahlen ausweisen, nur vorübergehender Natur. Der Umstand, daß infolge des Ausbruchs des Krieges die überwiegende Mehrzahl der versicherten männlichen Angestellten zur Fahne einberufen wurde und im Erwerbsleben durch weibliche Arbeitskräfte ersetzt werden mußte, hatte eine von Jahr zu Jahr steigende Zahl der Heilverfahrensanträge von weiblichen Versicherten zur Folge. Mit der Beendigung des Krieges und dem Wiedereintritt der männlichen Versicherten in eine versicherungspflichtige Beschäftigung wurde diese Entwicklung unterbrochen. Für die Folgezeit muß damit gerechnet werden, daß sich diese Zahlen weiter zugunsten der männlichen Versicherten verschieben werden, insbesondere werden auch die sich erst nach und nach einstellenden nachteiligen Einwirkungen des Krieges auf die Gesundheitsverhältnisse der Kriegsteilnehmer zu einer beträchtlichen Vermehrung der Heilverfahrensfälle beitragen.

Die Gesamtausgaben für die in den einzelnen Jahren bewilligten Heilverfahren beliefen sich im Jahre 1913 auf 1 542 721 ℳ, 1914 auf 5 005 516 ℳ, 1915 auf 6 001 519 ℳ, 1916 auf 7 350 569 ℳ, 1917 auf 9 081 374 ℳ, 1918 auf 10 870 670 ℳ, 1919 auf 17 423 196 ℳ.

Die seit dem Jahre 1915 festzustellende, auf die Kriegsverhältnisse zurückzuführende Verteuerung aller Lebensbedürfnisse, besonders die von Jahr zu Jahr steigenden Preise für Lebensmittel und die sämtlichen Bedarfsartikel hatten eine ständige Steigerung der an die Heilanstalten zu zahlenden Verpflegungssätze notwendig zur Folge...

Auf dem Gebiete der allgemeinen Kriegswohlfahrtspflege betrachteten es Direktorium und Verwaltungsrat als ihre vornehmste Pflicht, innerhalb der im Versicherungsgesetz für Angestellte gezogenen Grenzen, namentlich unter dem Gesichtspunkte der vorbeugenden Heilfürsorge, alle verfügbaren Mittel bereitzustellen. So wurde sogleich nach Ausbruch des Krieges das Sanatorium Schloß Fürstenberg in Mecklenburg nach Beschaffung der erforderlichen besonderen Einrichtungen der Militärverwaltung mit 90 Betten als Vereinslazarett dem Roten Kreuz unter gleichzeitiger Übernahme der sämtlichen durch die Verpflegung und Behandlung der daselbst untergebrachten Verwundeten entstehenden Kosten zur Verfügung gestellt. Die Unterhaltung des Lazaretts machte bis zu seiner im Frühjahr 1919 erfolgenden Auflösung Aufwendungen im Gesamtbetrage von 667 980,61 ℳ erforderlich.

Ferner wurden namhafte Summen aufgewandt zur Ausrüstung zweier Lazarettzüge, zur Anschaffung von Krankenkraftwagen, von Desinfektionswagen, Feldwäschereien, zur Ausbildung von Sani-

tätshunden, für Feldbüchereien und dergleichen. Die Kosten hierfür beliefen sich auf 790 000 ℳ.

Als sich bei dem Eintritt der kühleren Witterung im Herbst 1914 die Versorgung des Feldheeres mit warmer Unterkleidung als dringend notwendig erwies, stellte das Direktorium dem mit der Durchführung dieser Aufgabe betrauten Kriegsausschuß zunächst den Betrag von 1 000 000 ℳ und später weitere 500 000 ℳ zur Verfügung. In den folgenden Jahren wurden für diese Zwecke weitere Zuwendungen erforderlich, die einschließlich der vorgenannten einen Gesamtbetrag von 2 150 000 ℳ ausmachten. Erwähnt seien in diesem Zusammenhange auch die namhaften Spenden und Beihilfen für die Soldaten- und Marineheime sowie für die Fürsorge der deutschen Kriegsgefangenen in Sibirien.

Die im vorstehenden aufgeführten Maßnahmen auf dem Gebiete der allgemeinen Kriegswohlfahrtspflege erforderten Gesamtaufwendungen im Betrage von 3 741 980,61 ℳ.

Die bereits im Laufe des Jahres 1914 einsetzende Kriegsbeschädigtenfürsorge veranlaßte das Direktorium, bei versicherten Kriegsbeschädigten die Berufsberatung und Berufsumlernung als Heilverfahren im Sinne des § 36 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen und die Kosten hierfür zu übernehmen....

Neben diesen bei allen Kriegsbeschädigten in gleichem Umfange einsetzenden Maßnahmen wurde den Kriegsblinden noch durch die Gewährung der Mittel für Ausbildung und Anschaffung von Führerhunden eine besondere Fürsorge zuteil.

Durch die ständige Vertretung in einzelnen Ausschüssen des Reichsausschusses für Kriegsbeschädigtenfürsorge in Berlin nahm die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte an der Beratung aller auf diesem Gebiete zutage tretenden volkswirtschaftlichen Fragen teil. Auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung der Kriegsteilnehmer stand die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte während des ganzen Krieges in engster Fühlung mit der Heeresverwaltung.

Ohne Rücksicht auf etwaige Verpflichtungen der Militärverwaltung wurden während des ganzen Krieges versicherten Kriegsteilnehmern im Erkrankungsfalle auf ihren Antrag bei dem Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen des § 36 des Versicherungsgesetzes für Angestellte Heilverfahren gewährt.....

Die im Laufe des Krieges eingetretene bedenkliche Verbreitung der Geschlechtskrankheiten führte seitens der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zu einem gemeinsamen Vorgehen mit den Landesversicherungsanstalten, mit denen hinsichtlich der Einrichtung der Fürsorgestellen und der Kostenübernahme der Heilbehandlung besondere Abkommen, auf deren Einzelheiten hier nicht eingegangen zu werden braucht, getroffen wurden.....

Das Vermögen der Reichsversicherungsanstalt ist laut Gesetzesvorschrift regelmäßig mündelsicher anzulegen und kann zu anderen Anlagen nur mit Genehmigung des Reichskanzlers verwendet werden. Es ist daher als mit denkbarster Vorsicht angelegt von dem Kriege verhältnismäßig nicht allzu sehr berührt worden. Unter den vor dem Kriege angewendeten Anlagearten: Reichs- und Staatsanleihen, Kommunaldarlehen und Hypotheken, zeigten sich die Wirkungen des Krieges am meisten bei den Hypotheken. Die schlechte Konjunktur auf dem Wohnungsmarkte in den ersten Kriegsjahren, sowie die besonders für die Hausbesitzer drückenden Verordnungen zum Schutze der Kriegsteilnehmer und schließlich die bei der wachsenden Wohnungsnot der letzten Jahre erforderlich gewordene Zwangswirtschaft, die dem Hausbesitzer eine freie Ausnutzung der Konjunktur unmöglich machte, brachte verschiedene, nicht kapitalkräftige Hypothekenschuldner der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Zahlungsschwierigkeiten und verursachte dadurch Störungen im Zinseneingange. In allen diesen Fällen ließ sich von vornherein erkennen, daß die Störungen lediglich in der unter den Kriegsverhältnissen leidenden Person des gegenwärtigen Eigentümers, nicht aber in einer Überschätzung der Güte des Objekts zu suchen waren.

Bis zum 31. Dezember 1914 hatte die Reichsversicherungsanstalt etwa 70½ Millionen ℳ auf Hypotheken ausgeliehen, die sich durchschnittlich mit 4,5 vH. verzinsen. Rückständig an Zinsen waren am genannten Termin nur 502,50 ℳ. Am 31. Dezember 1915 betrugen bei einem Hypothekenbestand von 74½ Millionen ℳ die Zinsrückstände bereits 25 834,60 ℳ = ⅘ vH. des Zinsensolls; am 31. Dezember 1916 waren bei einem Hypothekenbestande von 75 Millionen ℳ 69 357,50 ℳ Zinsen = 2 vH. des Solls rückständig; am 31. Dezember 1917 bei dem gleichen Bestande 126 524,01 ℳ = 3⅘ vH. des Solls; am 31. Dezember 1918 bei einem Hypothekenbestande von 75½ Millionen ℳ 188 852,53 ℳ = 5½ vH. des Zinsensolls. Am 31. Dezember 1919 gingen bei einem Hypothekenbestande von 81½ Millionen ℳ die Zinsrückstände auf 140 710,42 ℳ = 4,2 vH. des Zinsensolls zurück. Zur Zeit sind auch diese Rückstände bis auf kleinere Beträge beseitigt. In den meisten Fällen hat die Reichsversicherungsanstalt durch weitgehende Stundungen und Gewährung von Teilzahlungen den Schuldnern über die Schwierigkeiten hinweghelfen und ihnen eine Sanierung ihrer Verhältnisse ermöglichen können. Nur gering sind die Fälle, in denen zu Zwangsmaßregeln gegriffen werden mußte. Im Jahre 1915 wurden auf Antrag der Reichsversicherungsanstalt vier Zwangsverwaltungsverfahren und ein Zwangsversteigerungsverfahren eingeleitet. Letzteres wurde im Jahre 1916 durchgeführt. Im Jahre 1916 kamen vier, im Jahre 1917 ein, im Jahre 1918 zwei Zwangsverwaltungsverfahren hinzu. Alle diese sind bis jetzt bis auf eins, zum Teil mittels Durchführung der Zwangsversteigerung, erledigt. Ausfälle hat die Reichsversicherungsanstalt hierbei nicht erlitten. Der Zeitpunkt ist nicht mehr fern, wo die Einwirkungen des Krieges auf den Hypothekenbesitz der Reichsversicherungsanstalt beseitigt sind.

Bei den Kommunaldarlehen machten sich die großen Anforderungen, die durch die Kriegswirtschaft an die Kommunen gestellt wurden, insofern bemerkbar, als eine Reihe von Kommunen an die Reichsversicherungsanstalt mit dem Wunsche herantrat, vorübergehend die regelmäßige Tilgung der ihnen gewährten Darlehen aussetzen zu dürfen, um ihren Etat von nicht unbedingt notwendigen Ausgaben zu entlasten und damit seine Balanzierung zu erleichtern. Diese Wünsche wurden durchweg gewährt. Die Zahl solcher Kommunen war im Verhältnis zur Gesamtzahl der von der Reichversicherungsanstalt beliehenen Kommunen nicht hoch. Bis zum 31. Dezember 1915 hatte die Reichsversicherungsanstalt an 101 Kommunen rund 130 Millionen ℳ mit einer durchschnittlichen Verzinsung von 4,40 vH. darlehnsweise ausgezahlt. Hiervon wünschten, und zwar gleich im ersten Kriegsjahre, 13 Kommunen mit einem Darlehnsbetrage von rund

24 Millionen M Aussetzung der Tilgung. Später kamen nur noch 2 Kommunen mit einem Darlehnsbetrage von 4 Millionen M hinzu. Von diesen im ganzen 15 Kommunen konnten 9 noch vor Beendigung des Krieges die regelmäßige Tilgung wieder aufnehmen. Da die meisten Kommunen eine mäßige Verzinsung, in der Regel 4 vH., und eine sie nicht zu sehr drückende Tilgung, 1½ bis 3 vH., wünschen, müssen solche Darlehen, um eine dem jeweiligen Geldmarkt entsprechende Rentabilität zu erzielen, mit einem nach Zinsfuß, sowie Tilgungssatz und -Dauer zu bemessenen Kapitalsabzug gegeben werden. Um nun trotz der Aussetzung der Tilgung und der dadurch verlängerten Laufzeit des Darlehns die bei der Begebung erzielte Rentabilität aufrechtzuerhalten, wurden von den Kommunen, die eine Tilgungsaussetzung wünschten und das Darlehen mit Kapitalsabzug erhalten hatten, für jedes Jahr der Aussetzung eine mathematisch errechnete Zinsausgleichsvergütung gefordert und auch entrichtet. Die Summe derartiger, während des Krieges gezahlter Vergütungen beträgt 84 429,54 M. Also auch hier hat die Reichsversicherungsanstalt Einbußen nicht gehabt.

Die feste Anlage der der Reichsversicherungsanstalt während des Krieges zufließenden Mittel gestaltete sich äußerst einfach. Die Reichsversicherungsanstalt hielt es von Anfang an für ihre Pflicht, ihre Mittel fast ausschließlich dem Vaterlande zur Verfügung zu stellen und daher alle anderen bei ihr kreditsuchenden Kreise auf die Zeit nach dem Kriege zu vertrösten. Die Gelder der Reichsversicherungsanstalt wurden fast nur in Kriegsanleihe angelegt. Es wurden gezeichnet: bei der I. Kriegsanleihe 40 Millionen M, bei der II. 60, bei der III. 40, bei der IV. und V. je 60, bei der VI. 75, bei der VII. 65 und bei der VIII. und IX. Kriegsanleihe je 100 Millionen M, im ganzen 600 Millionen M. Daneben wurden auf Kommunaldarlehen und Hypotheken nur Zahlungen geleistet, die auf Grund vor dem Kriege eingegangener Verpflichtungen geleistet werden mußten. Neu abgeschlossen wurden während des Krieges zur alsbaldigen Auszahlung nur 1 Kommunaldarlehen, das bei Beginn des Krieges dicht vor seinem Abschluß stand und dessen wenigstens teilweise Gewährung von der betreffenden Kommune dringend erbeten wurde, und 2 Hypotheken, deren Gewährung zur Durchführung der der Reichsversicherungsanstalt auf dem Gebiete des Heilverfahrens obliegenden Verpflichtungen geboten erschien. Diese überwiegende Anlage in Kriegsanleihe hat den Nachteil gezeitigt, daß infolge des starken Kursrückganges der Kriegsanleihe in den letzten beiden Jahren am Schlusse der Rechnungsjahre 1918 und 1919 bedeutende Kursverluste in Abgang zu stellen waren, wodurch der Buchwert des Vermögens der Reichsversicherungsanstalt nicht unerheblich hinter den Anschaffungswert zurückging. Diese Abschreibungen betrugen für das Jahr 1918 46 354 797,25 M und für 1919 80 050 883,50 M. Dem steht gegenüber, daß bei der hohen Verzinsung der Kriegsanleihe mit dem wachsenden Besitze der Reichsversicherungsanstalt an Kriegsanleihe die Durchschnittsverzinsung des Vermögens der Reichsversicherungsanstalt eine jährlich steigende Ziffer zeigt. Sie betrug, und zwar nach dem Anschaffungswerte, in den Jahren 1914 = 4,325 vH., 1915 = 4,579 vH., 1916 = 4,752 vH., 1917 = 4,783 vH., 1918 = 4,850 vH. und 1919 = 4,869 vH. Wird der Buchwert zugrunde gelegt, so stellen sich die Ziffern noch etwas höher. Durch ihren starken Besitz an Kriegsanleihe hat die Reichsversicherungsanstalt auf Jahre hinaus ihrer gesetzlichen Verpflichtung, ein Viertel ihres Vermögens in Reichs- und Staatsanleihen anzulegen, genügt, und sie kann nunmehr ihre Mittel in unbeschränktem Umfange dem kommunalen und privaten Anleihemarkt zuführen und hier besonders auf dem Gebiete des gemeinnützigen und Kleinwohnungswesens fördernd wirken. Diese Anlagen der Reichsversicherungsanstalt in Schuldscheindarlehen und Hypotheken bieten noch insofern für die Reichsversicherungsanstalt Vorteile, als die Erträge daraus auch in Zukunft der Kapitalertragssteuer nicht unterliegen, während Erträge aus Effekten und Schuldbuchforderungen, die nach dem 1. Oktober 1919 in den Besitz der Reichsversicherungsanstalt gelangen, dieser Steuer unterliegen würden.

Mit diesen Anlagen gewinnt auch der Buchwert der Vermögensanlagen der Reichsversicherungsanstalt an größerer Festigkeit und wird dem Einfluß von Kursschwankungen mehr wie bisher entzogen.

Überblickt man hiernach die Leistungen und sonstigen Verwaltungsmaßnahmen der Reichsversicherungsanstalt während der Kriegsjahre, so darf auch diese, trotz ihres kurzen Bestehens und trotz ihrer unter den ungünstigsten Zeitverhältnissen ins Leben getretenen Organisation, das Recht für sich beanspruchen, im allgemeinen Wohlfahrtsinteresse, wie insbesondere auf dem Gebiete der Kriegsfürsorge, mit ihren zu Beginn des Krieges noch bescheidenen Mitteln bis an die Grenzen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit gegangen zu sein und dadurch ihrerseits dazu beigetragen zu haben, den Zweck und die Wohltaten dieses neuen Zweiges der deutschen Sozialversicherung weiten Kreisen des deutschen Volkes nutzbar zu machen.

Eine Denkschrift zur Neugestaltung der Ortskrankenkassen in der neuen Stadtgemeinde Berlin

hat Herr Stock, Verwaltungsdirektor der Allg. Ortskrankenkasse Niederbarnim, ausgearbeitet und uns mitgeteilt. Wir geben daraus folgenden Auszug wieder:

Durch das am 1. 10. 20 in Kraft getretene Gesetz über die Bildung einer neuen Stadtgemeinde Berlin, vom 27. 4. 20, sind sämtliche Vororte Berlins und weite Teile der angrenzenden Landkreise Teltow und Niederbarnim mit der Stadtgemeinde Berlin mit nahezu vier Millionen Einwohnern zusammengelegt worden. Zum Zwecke der lokalen Unterverwaltung ist das Gebiet in 20 Bezirke geteilt worden. Diese Änderung kann naturgemäß auf die vorhandenen Krankenkassenbezirke nicht ohne Einfluß bleiben. Insbesondere fordert die hausgewerbliche Krankenversicherung, welche auf statutarischen Anordnungen der bisher selbständigen Gemeinden beruhen, eine Neuregelung. Ferner bleibt die Kassenzugehörigkeit derjenigen Versicherten zu bestimmen, für welche besondere Ortskrankenkassen in der bisherigen Stadtgemeinde Berlin errichtet sind. Zur Zeit befinden sich im Bezirk der jetzigen Einheitsgemeinde Groß-Berlin 22 Allgemeine und 12 besondere Ortskrankenkassen, ferner 3 Land-, 123 Betriebs- und 53 Innungskrankenkassen. Wenn auch keine Bedenken bestehen, diese Sonderkassen bis zur anderweiten reichsgesetzlichen Regelung bestehen zu lassen, so erscheint doch eine Neugestaltung der vorhandenen 22 Allgemeinen Ortskrankenkassen dringend erforderlich, zumal sich unter diesen eine ganze Zahl von sehr kleinen Kassen mit rund je 1200 bis 6500 Mitgliedern befindet. Aber auch die

Mehrzahl der übrigen Allgemeinen Ortskrankenkassen zählt kaum 15 000 Mitglieder.

Um nun wirklich leistungsfähige Kassengebilde zu schaffen, ist es erforderlich, die Kassenbezirke so abzugrenzen, daß sich auf eine Krankenkasse eine Mitgliederzahl von mindestens 70 000 bis 80 000 und mehr vereinigt. Wenn auch einer Überzentralisation nicht das Wort geredet werden soll, die z. B. eintreten könnte, wenn der bestehenden Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin mit rund 500 000 Mitgliedern noch eine annähernd gleich hohe Mitgliederzahl zugeführt würde, so erfordert aber das Interesse der Mitglieder die Schaffung möglichst großer, leistungsfähiger Kassengebilde....... Dies würde nicht erreicht werden, wenn, wie verlautet, beabsichtigt werden sollte, die Neugestaltung in der Weise zu lösen, daß sich die Grenzen der künftigen Allgemeinen Ortskrankenkassen denen der Verwaltungsbezirke der Einheitsstadtgemeinde Groß-Berlin mit Ausnahme der Bezirke 1 bis 6 anschließen sollen. Das Gegenteil würde eintreten. Zunächst würde eine große leistungsfähige Krankenkasse, und zwar die Allgemeine Ortskrankenkasse Niederbarnim mit nahezu 80 000 Mitgliedern zerschlagen und zu einer Kasse von noch nicht 24 000 Mitgliedern erniedrigt, was durchaus nicht einen sozialen Fortschritt bedeuten würde. Aber auch die anderen 14 Bezirkskassen würden nur geringe Mitgliederzahlen aufweisen, und zwar solche von rund 9000 bis 40 000. Nur eine Kasse, und zwar die Allgemeine Ortskrankenkasse Charlottenburg, mit rund 80 000 Mitgliedern würde die Grenze einer größeren leistungsfähigen Kasse erreichen. Die Aufgabe, ein großes sozial- und wirtschafts-politisches Werk, wie es die Bildung der Einheitsstadtgemeinde darstellt, in großzügiger Weise für die Allgemeinheit auch hinsichtlich der sozialen Versicherung nutzbringend zu gestalten, wäre in der Weise zu lösen, daß die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin in ihrem bisherigen Umfange bestehen bleibt und daß die bisherigen großen und größeren Allgemeinen Ortskrankenkassen, und zwar Charlottenburg, Niederbarnim, Schöneberg und Neukölln durch Zuteilung der angrenzenden Kassenbezirke erweitert werden; die Ortskrankenkasse Charlottenburg müßte die Verwaltungsbezirke 7 bis 9, Schöneberg 10 bis 12, Neukölln 13 und 14 und Niederbarnim außer dem Restkreis Niederbarnim die Bezirke 15 bis 20 umfassen. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin ist durch die Bezirke 1 bis 6 begrenzt. Die Mitgliederzahl würde sich dann bei Charlottenburg auf rund 130 000, Niederbarnim 150 000, Schöneberg 75 000 und Neukölln 70 000 belaufen. Die Verwaltung dieser erweiterten Kassen wäre so zu gestalten, daß die zugeteilten Kassen sämtlich als Verwaltungsbezirke in dem bisherigen Umfange bestehen bleiben, so daß bei Erledigung der Dienstgeschäfte irgendwelche Erschwernis weder für Mitglieder noch Arbeitgeber entsteht. Für Niederbarnim würde sogar eine Erweiterung der Verwaltungsbezirke angezeigt sein, und zwar so, daß diesen noch die angrenzenden Zweigstellen angegliedert werden. Die Mitglieder der Kassenorgane der ererweiterten Allgemeinen Ortskrankenkassen wären auf die gesetzlich zulässigen Höchstzahlen zu bringen und entsprechend dem Mitgliederbestand auf die hinzugekommenen Kassen, welche gleichzeitig als Wahlbezirke gelten können, zu verteilen.

Die erheblichen Vorteile großer Krankenkassengebilde sind ja allen Krankenkassenpraktikern hinreichend bekannt. Doch sei erwähnt, daß bei Verwaltung der räumlich weit ausgedehnten Kassengebilde naturgemäß in kassentechnischer Hinsicht größere Schwierigkeiten auftreten als bei engbegrenzten Bezirken. Diese Schwierigkeiten lassen sich aber durch zweckentsprechende Einrichtung von Verwaltungsbezirken oder Zweigstellen usw. leicht beheben. Das etwa entstehende geringe Mehr an Verwaltungskosten wird durch den Vorteil engerer Fühlungnahme und Überwachung sowohl der Mitglieder als auch der Arbeitgeber reichlich gedeckt.

Zur Preissteigerung der Arzneimittel

liegen zwei in der Pharm. Ztg. Nr. 38 und 40 veröffentlichte Erlasse des Reichsarbeitsministers vom 20. 4. und 3. 5. 20 vor, welche lauten:

I. Die sprunghaften Preissteigerungen im Arzneimittelgroßhandel haben in letzter Zeit wiederholt dahin geführt, daß die in der Arzneitaxe festgesetzten Preise nicht mit den Preisen im Einklang standen, die der Apotheker beim Einkauf bestimmter Arzneimittel aufwenden mußte. Dieser Umstand hat zu mehrfachen Beschwerden aus Apothekerkreisen Anlaß gegeben, daß bei den Erhöhungen der Arzneimitteltaxpreise nicht mit der gebotenen Schnelligkeit vorgegangen werde, und es ist jetzt von verschiedenen Seiten nachdrücklich der Wunsch vertreten worden, es möchte dem einzelnen Apotheker die Befugnis eingeräumt werden, die Abgabepreise selbständig auf Grund der täglichen Preisnotierungen einer Großfirma zu berechnen. In einzelnen Fällen sind auch Apotheker zur Selbsthilfe übergegangen und haben bei ihrer Preisberechnung die in der Arzneitaxe oder in ihren Nachträgen vorgeschriebenen Preise überschritten. Ein derartiges eigenmächtiges Vorgehen ist ein Verstoß gegen die Vorschrift des § 148 Ziff. 8 der Gewerbeordnung und wird daher unnachsichtlich zu ahnden sein. Anderseits verkenne ich nicht, daß der gegenwärtige Zustand, wonach der Apotheker gehalten ist, bei plötzlich eintretenden Preissteigerungen die Ware unter dem Einkaufspreis abzugeben, einer Abhilfe dringend bedarf. Der zur Beseitigung von Verlusten dieser Art von den Apothekern vorgeschlagene Ausweg, ihnen nach Maßgabe der beim Einkauf der Arzneiwaren gemachten Aufwendungen die Feststellung der Verkaufspreise unter Anwendung der allgemeinen Bestimmungen der Arzneitaxe zu überlassen, erscheint mir jedoch aus grundsätzlichen Erwägungen nicht gangbar. Dagegen bin ich bereit, dem Reichsgesundheitsamt die Ermächtigung zu erteilen, in Fällen, in denen durch Preissteigerung der Arzneimittel im Großhandel die Taxpreise mit den Großhandelspreisen zusammenfallen oder noch hinter ihnen zurückbleiben, ohne vorherige Anhörung eines sachverständigen Ausschusses die Preise neu zu errechnen. Die geänderten Preise würde ich alsdann sämtlichen Regierungen drahtlich mit dem Ersuchen übermitteln, sie auf dem kürzesten Wege zur Kenntnis der Apotheker zu bringen. Ich darf anfügen, daß das in Vorstehendem für große Preissteigerungen von Arzneimitteln vorgeschlagene Verfahren entsprechend auch bei erheblicheren Preisrückgängen anzuwenden sein wird. Ich beabsichtige jedoch, bei diesen Mitteln, bei denen längere Zeit hindurch der Apotheker keinen Verdienst hatte, mit dem Herabsetzen der Taxpreise bis zum Erscheinen der nächsten Arzneitaxe zu warten, um einen Ausgleich mit dem bisherigen Verdienstausfall zu schaffen.

II. Hierher gerichtete Eingaben sowie Veröffentlichungen in Fachzeitschriften lassen erkennen, daß einzelne Apothekervereinigungen beabsichtigen, die in der Arzneitaxe und ihren Nachträgen festge-

setzten Taxpreise mit Rücksicht auf die sprunghaften Preissteigerungen im Arzneimittelgroßhandel und die hierdurch den Apothekern entstehenden Verluste nicht mehr als verbindlich zu betrachten und unter Anpassung an die jeweilige Marktlage selbständig Preisänderungen vorzunehmen. Der Bestand einer einheitlichen deutschen Arzneitaxe würde damit in Frage gestellt. Ich ersuche, gegen Apotheker, die eigenmächtig die Preise der Arzneitaxe überschreiten, auf Grund des § 148 Ziff. 8 der Gewerbeordnung vorzugehen und Apothekervereinigungen, die ihre Mitglieder zu Eigenmächtigkeiten der erwähnten Art auffordern oder sie dabei unterstützen, nachdrücklichst auf das Unzulässige ihres Verhaltens hinzuweisen. Auch darf ich eine Prüfung darüber anheimgeben, inwieweit etwa die landesgesetzlichen Bestimmungen über die Konzessionierung von Apotheken eine Handhabe zum Einschreiten bieten.

Schrifttum.

Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, herausgegeben von Mitgliedern dieses Amtes. 11. Band. Berlin 1920, Verlag von Behrend & Co. XVI und 475 Seiten. Preis 42 *M*, für Bezieher der „Amtl. Nachr. des RVA." 34 *M*.

Wir verweisen auf die wiederholten Besprechungen dieser wichtigen Sammlung (zuletzt im Jahrg. 1919 S. 117, 657) und können uns begnügen, auch dem neu erschienenen elften Bande die Vorzüge seiner Vorgänger nachzurühmen. Er umfaßt 186 wohlausgewählte, im Inhaltsverzeichnis nach der Paragraphenordnung nachgewiesene Entscheidungen. Wie immer sind die Register trefflich bearbeitet. Es ist für den praktischen Gebrauch sehr wertvoll, daß das „Sachregister" sich nicht auf die Anführung von Stichwörtern beschränkt, sondern bei den einzelnen Wörtern kurz und doch deutlich erkennbar macht, was man am angegebenen Orte zu finden erwarten kann. Der Verlag zeigt übrigens gleichzeitig das Erscheinen eines „Gesamtregisters zu den Bänden 1 bis 10" zum Ladenpreise von 30 *M*, für Bezieher der Amtl. Nachr. des RVA. 24 *M*, an.

Das Reichsversorgungsgesetz mit Erläuterungen und Rententabellen. Verlag des Reichsbundes der Kriegsbeschädigten, Kriegsteilnehmer und Kriegerhinterbliebenen in Berlin SW 48, Wilhelmstr. 9, Preis 3 *M* und 20 vH. Teuerungszuschlag.

Demnächst werden die Ansprüche der Kriegsbeschädigten und Kriegerhinterbliebenen nach dem Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920 rückwirkend bis 1. April 1920 neu festgestellt. Das neue Gesetz bringt gegenüber dem bisherigen Versorgungsrecht für die Opfer des Krieges wesentliche Änderungen. Versorgungsberechtigte, Organisationen und Rechtsauskunftstellen müssen sich mit dem neuen Rechte vertraut machen. Dazu ist die vorliegende Schrift ein geeigneter Leitfaden. Sie stellt in klarer, faßlicher Form den Inhalt des Gesetzes dar, fördert das Verständnis durch sachgemäße Beispiele und fügt 20 übersichtlich angelegte Tabellen über die Versorgungsgebührnisse der Beschädigten (mit und ohne Kinder), der Hilflosen sowie über die Renten der Hinterbliebenen bei, woraus die Höhe der Beträge für die verschiedenen in Frage kommenden Fälle leicht festzustellen ist. Im Anhang ist noch der Text des Gesetzes selbst vollständig abgedruckt.

Zwanzig Jahre deutscher Politik (1897—1917). Aufsätze und Vorträge von Gustav Schmoller. München und Leipzig 1920, Verlag von Duncker & Humblot. 206 Seiten. Preis 18 *M*, geb. 25 *M*.

Die Witwe des großen Volkswirtschaftsforschers und -historikers hat wohl daran getan, diese in verschiedenen Tageszeitungen und Zeitschriften zerstreuten Aufsätze, in denen ein tiefgründiger Denker auf reifer Lebenshöhe nicht verschmäht hat, sich auch über „Probleme des Tages in ihrer über den Tag hinausgehenden Bedeutung" auszusprechen, in einem stattlichen Hefte zu vereinigen. Die Aufsätze sind, wie die Herausgeberin im Vorwort bemerkt, „nicht systematisch entstanden, aber sie geben doch ein Gesamtbild von Schmollers Ansichten über Staat und Gesellschaft, seine großen grundlegenden Arbeiten vielfach ergänzend". Das trifft zu. Und zugleich spiegelt sich in diesen Aufsätzen auch ein Bild ab von der imponierenden, starken, einheitlichen, durch kein Erleben gebrochenen Persönlichkeit des Mannes, der, weit um sich blickend, in ruhiger Gelassenheit überschaut und prüft, was ist und was werden mag. Es ist hier, bei anderer Gelegenheit (1919 S. 38), des gütigen Geschickes gedacht worden, das dem Verfasser gegönnt hat, ein reiches Lebenswerk abzuschließen, ohne die herben Enttäuschungen seiner frohen Zuversicht zu erleben. Diesen Gedanken legen auch die vorliegenden Aufsätze nahe. Schmoller hat, von der hohen Warte seiner umfassenden geschichtlichen und soziologischen Kenntnisse, auch forschend in die Zukunft gespäht, und es fehlt in diesen Aufsätzen nicht an Äußerungen über das, was er kommen zu sehen glaubte. Vieles davon ist noch in der Schwebe, und es kann sein, daß die weitere Entwicklung, besonders auf sozialpolitischem Gebiete, manche seiner Voraussagen schließlich bestätigen wird. Aber das außenpolitische Schicksal des deutschen Volkes hat Schmollers Verheißungen grausam widerlegt. Auf ihn selbst trifft im übrigen zu, was er mit Bezug auf Friedrich Naumann sagt (S. 112): „Wer als Prophet sich fühlt, muß mehr verheißen, als das harte historische Schicksal bringen kann. Ohne idealistische Illusionen gibt es kein Prophetentum! Sollte die Menschheit deshalb wünschen, daß es keine Propheten mehr gebe?" — — Eine peinliche Frage!

Die Sozialisierung der ärztlichen Heiltätigkeit im Verbande der Gesundheitsversicherung. Von Dr. Richard Roeder. Berlin 1920 bei Richard Schoetz. 66 Seiten. Preis 6,80 *M*.

Ein Sonderabdruck aus den „Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung" (Bd. 9 Heft 5). Ein kritischer Teil leitet die Abhandlung ein und gelangt zu dem Schlusse, daß sowohl in der Privat- wie in der Kassenpraxis der freie Beruf des Arztes abgewirtschaftet habe und daß nur eine vollkommene Umgestaltung des Heilwesens mit Sozialisierung des ärztlichen Berufes helfen und die Bedingungen schaffen könne, die nicht bloß die beste ärztliche Versorgung für jeden verbürgen, sondern zugleich das gesamte Gesundheitswesen auf eine bedeutend höhere Stufe heben würden. Dann wird der Begriff der Sozialisierung eines Berufes dahin umschrieben, daß in ihm in gemeinschaftlicher Arbeit für die Gemeinschaft und nicht für das persönliche

Interesse, für den Bedarf und nicht für den Markt gearbeitet wird. In dieser Weise soll der sozialisierte Arzt Gemeinschaftsarbeit teils mit anderen Ärzten, teils mit dem Publikum leisten in einer Organisation, deren Zentrum für je einen Gemeindebezirk (von etwa 60 000 Menschen) „das Gesundheitshaus" bildet, von wo nicht nur die eigentliche Heiltätigkeit, sondern die gesamte gesundheitliche Fürsorge durch die Ärzte ausgeht. So ist zugleich der Unterbau geschaffen für den Aufbau der „Gesundheitsversicherung", welche alle bestehenden Zweige der Reichsversicherung, einschließlich einer Mutterschaftsversicherung und der gesundheitlichen Kriegsfürsorge, in sich vereinigen soll. — Dies alles wird im einzelnen näher dargelegt; die zu erwartenden Einwände werden im voraus bekämpft, die Überleitung in die Sozialisierung und deren Kosten werden gleichfalls erörtert. Das zeigt, daß der Verfasser nicht etwa nur ein Traumbild schafft, sondern ernstlich mit der Verwirklichung seiner Ideen in absehbarer Zeit rechnet. Und man muß sagen, daß die ernst gehaltene und fesselnd geschriebene Abhandlung nicht etwa nur sozialistische Phantasten zu verführen, sondern auch anders gerichtete Leser mindestens zu nachdenklicher Überprüfung ihrer bisherigen Anschauungen anzuregen geeignet ist.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Versicherungspflicht des im Betriebe seines Vaters beschäftigten „Anerben".

1. **Nach Arolsen.** Antwort: Hinsichtlich der Frage, unter welchen Voraussetzungen überhaupt Kinder, die in der Landwirtschaft ihrer Eltern beschäftigt werden, nach § 165 RVO. versicherungspflichtig sind, verweisen wir auf die bei Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 4 zu § 159 RVO. nachgewiesene Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts, vor allem aber auf den Runderlaß des Reichsarbeitsministers vom 10. 1. 20 (ArbVers. 1920 Heft 13 S. 248) und die darin dargelegte neuerliche Rechtsauffassung des Reichsversicherungsamts. Soweit danach im Einzelfalle die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht für gegeben zu erachten sind, finden wir keinen Grund, den sogenannten „Anerben" deshalb anders zu beurteilen, weil er, als der älteste Sohn, nach örtlichem Recht (zu vgl. Einf. Ges. zum BGB. Art. 64) zur Übernahme des Landgutes nach dem Tode des Vaters berufen ist. Das hierin begründete besondere Interesse der sachgemäßen Bewirtschaftung des Gutes, dem er seine Kraft widmet, ändert nichts daran, daß er diese Kraft ebensowohl auswärts gegen Lohn (Geld- und Sachleistungen) verwerten könnte, und daß der Vater den von dem Sohne ausgefüllten Posten gegebenenfalls anderweit besetzen müßte, daß daher auch das, was der Vater dem Sohne gewährt, als Lohn für seine Dienste anzusehen sein wird, und daß der Sohn einstweilen doch noch nicht für seine eigene Rechnung, sondern für Rechnung des Vaters arbeitet, an dessen Weisungen er daher auch gebunden ist. Diese Umstände aber rechtfertigen die Annahme der Versicherungspflicht.

Normale oder anormale Entbindung?

2. **Nach Guhrau.** Antwort: Eine normale Entbindung ist eine solche, bei der das Kind in der Hauptsache durch die Wehen ohne besondere Maßnahme dritter Personen aus dem Mutterleib gestoßen wird, und die sich ohne gesundheitliche Schädigung der Mutter vollzieht. Ob eine normale Entbindung im Einzelfalle vorliegt, wird im Zweifel nur der Arzt entscheiden können. Denn es handelt sich hier um eine vornehmlich medizinische, weniger juristische Frage. Man wird eine anormale annehmen müssen, sobald nicht mehr die Hilfe einer Hebamme genügt, sondern ein Arzt hinzugezogen werden muß, um Mutter und Kind die nach den besonderen Umständen erforderliche Behandlung zuteil werden zu lassen. Beispiele hierfür ergeben sich namentlich aus der Gebührenordnung für Ärzte II B 2.

Familienkrankenpflege neben Familienwochenhilfe.

3. **Nach Flöha.** Antwort: Die Entbindung verlief regelwidrig und sogar mit Lebensgefahr für die Wöchnerin. Die zur Wochenhilfe nach § 205a RVO. berechtigte Wöchnerin hatte daher zugleich auf die in der Satzung vorgesehene Krankenpflege nach § 205b RVO. Anspruch. Billigt die Satzung auf Grund dieser Vorschrift den versicherungsfreien Ehefrauen der Versicherten im Falle der Krankenhauspflege eine Beihilfe von täglich 2 ℳ zu, so ist diese neben dem nach § 205a in Verbindung mit § 195 Abs. 1 Ziff. 1 zu gewährenden einmaligen Beitrag von 50 ℳ zu zahlen, da dieser letztere nur einen Beitrag zu den Kosten normaler Entbindungen darstellt.

Deutsche Schiffe auf hoher See als Inland.

4. **Nach Bremerhaven.** Frage: Gemäß § 313 RVO. kann der Versicherte Mitglied bleiben, solange er sich regelmäßig im Inland aufhält. Sind gesetzliche Unterlagen dafür vorhanden, daß die Schiffsbesatzungen deutscher Seeschiffe als im Inland aufhältlich anzusehen sind, auch wenn sie sich monatelang auf See befinden und nach Überholen des Schiffes dieselbe Reise wieder in gewisser Regelmäßigkeit antreten? Nach unserer Ansicht kann der Schiffsmann, der sich nach Übersee begibt und sich nur für kurze Zeit des Jahres in Deutschland in einem deutschen Hafen aufhält, nicht als im Inland aufhältlich angesehen werden, und kann infolgedessen auch die Mitgliedschaft nicht fortsetzen.

Antwort: Wir teilen diese Ansicht nicht. Es ist ein völkerrechtlich anerkannter Grundsatz, daß Schiffe auf hoher See gleichsam als wandelnde Ge-

bietsteile ihres Heimatlandes zu gelten haben, und daß Mannschaft und Schiffer den Gesetzen des Heimatlandes unterworfen bleiben (Heffter, Völkerrecht § 78; Entsch. des Reichsger. in Straff. bei Reger 13 S. 174). Demgemäß hat auch das Reichsversicherungsamt angenommen, daß ein „Nichtwohnen im Inlande" nicht vorliegt, solange sich jemand auf einem deutschen Schiffe befindet (Bescheid 1711, Amtl. Nachr. 1898 S. 265). Dies muß folgerichtig auch bei Anwendung des § 313 RVO. gelten.

Feststellung der Gleichwertigkeit der Kassenleistungen (§§ 259 ff. RVO.).

5. **Nach D.** Frage: Durch § 3 der Bekanntm. v. 28. 1. 15 (RGBl. S. 49, ArbVers. S. 104) ist bestimmt, daß während der Geltung des Gesetzes, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. 8. 14 für bestehende Krankenkassen die Gleichwertigkeit der Leistungen (§§ 259 ff. RVO.) nicht festzustellen ist. Nachdem mit Wirkung vom 10. 1. 20 ab, das ist der Tag des Friedensschlusses, das Gesetz vom 4. 8. 14 außer Kraft getreten sein dürfte, wird nun auch gemäß § 259 RVO. das Versicherungsamt wieder zu entscheiden haben, ob die Kassenleistungen der Kassen des Bezirkes gleichwertig sind. Ist dies richtig? Und wo in der Versicherungsliteratur sind nähere Ausführungen über die praktische Handhabung und Durchführung der Bestimmungen der §§ 259 bis 263 zu finden?

Antwort: Wir nehmen an, daß nicht erst mit dem 10. 1. 20, sondern bereits am 18. 1. 19 der § 3 der Bek. v. 28. 1. 15 (ArbVers. S. 104) außer Kraft getreten ist, nämlich infolge der Vrdg. vom 13. 1. 19 (ArbVers. S. 89). Diese Vrdg. hat allerdings nicht schlechthin das ganze Ges. v. 4. 8. 14, aber doch seine §§ 1 und 2 aufgehoben, also gerade die Vorschriften, welche im Hinblick auf die Feststellung der Gleichwertigkeit der Kassenleistungen hinausgeschoben worden war. Die Voraussetzung des § 3 der Bek. v. 28. 1. 15 war daher mit dem Inkrafttreten der Vrdg. v. 13. 1. 19, das ist: am 18. 1. 19, weggefallen. — Literatur: Meyer in ArbVers. 1913 S. 52, Hahn das. S. 534; Hoffmann in „Ortskrankenkasse" 1915 Sp. 913.

Neben Wochengeld als Familienwochenhilfe ist auch Krankengeld aus eigener Versicherung der Wöchnerin nicht zu zahlen.

6. **Nach Blumenthal (Hann.).** Antwort: Nach § 205a Abs. 2 RVO. werden als Familienwochenhilfe die im § 195a bezeichneten Leistungen gewährt. Danach gilt auch für die Familienwochenhilfe der im § 195a Abs. 2 enthaltene Grundsatz, daß neben Wochengeld Krankengeld nicht gewährt wird. Nach der allgemeinen Fassung dieses Satzes und nach seinem Zwecke, Doppelleistungen für die gleiche Zeit auszuschließen, gilt der Satz auch dann, wenn das Krankengeld auf Grund der eigenen Versicherung von einer anderen Kasse zu gewähren sein würde, als das Wochengeld, welches die Wöchnerin auf Grund der Versicherung ihres Ehemannes (oder Vaters usw.) bezieht. Im vorliegenden Falle hat daher die Versicherte das Krankengeld für die vier Tage vom 3. bis 7. September von Ihrer Kasse ohne rechtlichen Grund empfangen und muß es der Kasse zurückerstatten (§ 812 BGB.). Dagegen fehlt es an einem Rechtsgrunde für einen Anspruch Ihrer Kasse gegen die Betriebskrankenkasse auf Herauszahlung des Betrages. Denn diese Kasse hat der Wöchnerin nur gezahlt, was sie ihr schuldete. Im Verhältnis zu dieser Kasse handelt es sich nicht um eine „zu Unrecht gezahlte Kassenleistung", die nach § 223 Abs. 2 RVO. auf den noch laufenden Anspruch der Wöchnerin aufgerechnet werden dürfte, wenn die Betriebskrankenkasse sich herbeilassen wollte, Ihnen das ohne rechtlichen Grund gezahlte Krankengeld zu erstatten.

a) **Laufende Leistungen werden von der Erhöhung des Grundlohnes nicht berührt.** b) **Sachleistungen neben dem Entbindungsbeitrag sind nicht zu gewähren.** c) **Beschäftigung bei zwei Arbeitgebern an je drei Tagen der Woche.**

7. **Nach Oberursel.** Frage: a) Gemäß der Verordnung über Heraufsetzung des Grundlohnes usw. vom 1. 4. 20 (RGBl. S. 433) haben wir laut Vorstands- und Ausschußbeschluß und mit Genehmigung des Oberversicherungsamts diese Änderungen erst ab 1. 8. 20 in Kraft treten lassen. Für Erkrankungen, die ab diesem Zeitpunkt eintraten, werden die entsprechenden neuen Leistungen gewährt. Laufende Fälle, in welchen Versicherte vor dem 1. 8. 20 erkrankten, bekamen die alten Leistungen fort. Sind gemäß § 206 RVO. auch hier bei den laufenden Fällen sofort die erhöhten Leistungen zu gewähren?

b) Entsprechend der Verordnung über Wochenhilfe vom 26. 9. 19 erhalten Wöchnerinnen u. a. einen Zuschuß von 50 ℳ zu den Kosten der Entbindung. Dürfen wir den versicherten Wöchnerinnen von diesen 50 ℳ, für Verbandstoffe usw., die sie auf Kosten der Kasse in den Apotheken für diesen Zweck holen und die der Kasse in Rechnung gestellt werden, diese Beträge in Abzug bringen?

c) In der jetzigen Zeit treten vielfach Fälle in Erscheinung, wie sie der § 309 RVO. behandelt. In einer hiesigen Maschinenfabrik wird zur Zeit wegen Arbeitsmangel nur noch drei Tage in der Woche gearbeitet. Einige Arbeiter wohnen in einer benachbarten Gemeinde und sollen in den drei anderen Tagen der Woche im Walde mit Holzfällen beschäftigt werden. Die Gemeinde gehört nicht zu unserem Kassenbezirk, wohl aber zu dem gleichen Versicherungsamt. Wir sind der Meinung: die Firma kann ihre Arbeiter für drei Tage versichern. (Es wäre dann in Erkrankungsfällen Krankengeld für drei Tage und Krankenpflege für sieben Tage, vorausgesetzt daß keine weitere Beschäftigung stattfindet, zu gewähren.) Die Arbeiter, welche dann während den anderen drei Tagen im Walde arbeiten, werden auf Grund dieser Beschäftigung bei der zuständigen Kasse versichert. Ist dies zulässig? Wie ist zu handeln im Erkrankungsfalle, wo sich Krankheitsursache und Zeit in beiden Versicherungen nicht feststellen lassen?

Antwort: a) Das Verfahren der Kasse ist richtig (zu vgl. § 211 RVO. und ArbVers. 1918 S. 418 Ziff. 2). Der § 306 RVO., der vom Beginn der Mitgliedschaft handelt, ist für die vorliegende Frage ohne Bedeutung.

b) Mehr als 50 ℳ hat die Kasse nach § 195a Abs. 1 Ziff. 1 RVO. zu den Kosten der (normalen) Entbindung nicht beizutragen. Hat eine Wöchnerin aus Anlaß ihrer Entbindung Sachleistungen der bezeichneten Art auf Kosten der Kasse empfangen, so handelt es sich um zu Unrecht gezahlte Kassenleistungen, deren Betrag nach § 223 Abs. 2 RVO. von dem Anspruch der Wöchnerin auf Barleistungen gekürzt werden kann.

c) Ihre Auffassung ist rechtlich unmöglich. Es bestehen zwei Beschäftigungsverhältnisse selbständig nebeneinander, von denen jedes die Unterbrechungen der tatsächlichen Arbeitsleistung überdauert. Eine gleichzeitige Versicherung bei zwei verschiedenen Kassen für je nur eine Hälfte der Woche ist aber ausgeschlossen (§ 312 RVO.). Vielmehr kann nur eine einheitliche Versicherung wegen beider Beschäftigungen bei einer der beiden Kassen stattfinden. Welche von diesen Kassen dafür zuständig ist, bestimmt sich gemäß dem von Ihnen selbst erwähnten § 309 RVO. in erster Reihe nach der „überwiegenden" Beschäftigung; im Zweifel entscheidet das Arbeitsverhältnis, in das die Versicherten zuerst eingetreten sind (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 778).

Bestrahlung als ärztliche Behandlung oder Heilmittel?

8. **Nach Dortmund.** Frage: Bisher sind Bestrahlungen (Höhensonne usw.) als ärztliche Behandlung angesehen worden, so daß auch die Kosten hierfür voll zur Auszahlung durch die Krankenkassen gebracht worden sind. Da aber die Anwendung der Bestrahlungen einen derartigen Umfang angenommen hat, daß die Kassen erheblich dadurch belastet werden, so haben wir die Frage aufgeworfen, ob die Art der Gewährung dieser Leistungen die Annahme ärztlicher Behandlung noch rechtfertigt. Wir haben deshalb den Krankenkassenverband Dortmund-Hörde um Stellungnahme hierzu ersucht. Seine Äußerung lautet wie folgt:

„Die Höhensonnenbehandlung hat in letzter Zeit einen sehr erheblichen Umfang angenommen. Dies ist wohl weniger auf den vielfach recht zweifelhaften Heilerfolg, als darauf zurückzuführen, daß manche Ärzte Höhensonne selbst abgeben. Die Reklame der die Apparate absetzenden Gesellschaft mag zum Teil auch die Verbreitung der Höhensonnenbestrahlung fördern. Als feststehend kann aber angenommen werden, daß die Behandlung ebenso einfach ist, wie etwa die Abgabe eines Schwitz- oder elektrischen Lichtbades, und daß sie ohne Gefahr durch einen mit der Handhabung des Apparates vertrauten Heilgehilfen erfolgen kann. Die Vornahme der Bestrahlung durch den Arzt selbst wird kaum vorkommen. Die ärztliche Tätigkeit besteht nur darin, daß die Anzahl der Bestrahlungen und der zu bestrahlende Körperteil angegeben wird. Mit der Verordnung ist eigentlich die ärztliche Tätigkeit in derselben Weise beendet, wie bei Verordnungen von Bädern oder Massagen, die durch einen Masseur auszuführen sind. Von Bädern oder Massagen dieser Art wird man aber nicht sagen können, daß sie eine ärztliche Behandlung darstellen. Eine Wirkung ist nur nach längerer und häufiger Bestrahlung zu erreichen, und es werden deshalb meistens zwanzig und mehr verordnet. — Mit Röntgenbestrahlungen verhält es sich, wie wir uns in einem Krankenhause überzeugen konnten, ähnlich so. Auch hier besteht der überwiegende Teil der ärztlichen Tätigkeit in der Anordnung der Bestrahlungen. Die Ausführung geschieht gewöhnlich durch besonders hierfür ausgebildete Personen, wie Schwestern und Heilgehilfen. Wegen der nicht ausgeschlossenen Verbrennung der bestrahlten Organe muß hier allerdings die Anweisung genau erteilt und genau befolgt werden. Bei gewissenhafter Befolgung der ärztlichen Anordnung durch die die Bestrahlung vornehmende Person ist eine Schädigung der Gesundheit u. E. nur in demselben Maße möglich, wie bei der Ausführung durch den Arzt selbst. Die Bestrahlungen werden ja auch vielfach in Röntgeninstituten lediglich nach der Anweisung des Arztes ausgeführt. Wir sind daher der Ansicht, daß Höhensonnen- und die neuerdings auch viel verordneten Diathermiebestrahlungen auf keinen Fall, Röntgenbestrahlungen nur dann als ärztliche Behandlung gelten, wenn in besonderen Fällen der Arzt die Ausführung selbst übernimmt bzw. selbst übernehmen muß."

Wird die vom Verbande vertretene Auffassung für richtig erachtet?

Antwort: Im Rahmen einer Auskunft an dieser Stelle lassen sich die Zweifel nicht erschöpfend erledigen. Wir möchten nur kurz folgendes bemerken: Das RVA. hat bekanntlich in der grundsätzlichen Entsch. 2193 (ArbVers. 1916 S. 567) die Röntgenbestrahlung nicht als Heilmittel, sondern als ärztliche Behandlung im Sinne des § 182 Ziff. 1 RVO. erachtet. Inwieweit das auch für Bestrahlung mit Höhensonne und für andere Arten der Lichtbehandlung gelten kann, darauf sind wir bereits in Auskünften 1919 S. 398 Ziff. 3 und 1920 S. 20 Ziff. 14 eingegangen. Es ist ferner auf die beachtenswerte Äußerung der Allg. OKK. für das rechtsrheinische Düsseldorf in ArbVers. 1919 S. 456 hinzuweisen, die, soweit es sich um Höhensonne handelt, im wesentlichen mit der in der vorliegenden Anfrage mitgeteilten Äußerung des Kassenverbandes übereinstimmt. Zu beachten ist ferner eine Entscheidung des bayer. Landesversicherungsamts vom 1. 12. 15 (Mitt. des LVA. 1916 S. 171, Entsch. u. Mitt. des RVA. Bd. 8 S. 65), die schon die Röntgenbestrahlung nicht, wie das RVA., grundsätzlich als ärztliche Behandlung ansieht, sondern betont, daß nach den Umständen des einzelnen Falles zu entscheiden sei, ob Röntgenbestrahlung als ärztliche Behandlung oder als Gewährung eines Heilmittels und ob sie als notwendige Behandlung im Sinne des § 182 Ziff. 1 RVO. zu betrachten ist; dabei komme es auf die Art und den Sitz des zu behebenden Übels, auf den zu erzielenden Erfolg, auf die Höhe der Kosten und auf die Möglichkeit einer billigeren und doch Erfolg versprechenden ärztlichen Behandlung an. Dem wird man zustimmen müssen, und zwar besonders dann, wenn es sich um einfachere Arten der Lichtbehandlung, namentlich mittels Höhensonne, handelt. In dieser Hinsicht haben wir schon in der Auskunft 1920 S. 20 Ziff. 14 bemerkt: „Ist die Tätigkeit des Arztes (seine Anordnung, Regelung und Beaufsichtigung) im Vergleich zu dem sächlichen Mittel von überwiegender Bedeutung, so liegt lediglich ärztliche Behandlung vor, gleichviel ob die unmittelbare Anwendung durch den Arzt selbst oder durch eine Hilfsperson nach seiner Anweisung erfolgt." Hiermit ist gleichfalls auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung der besonderen Umstände des einzelnen Falles hingewiesen; und in dieser Richtung scheinen uns begründete Bedenken zu bestehen, ob die erwähnte Entsch. des RVA. (Nr. 2193) in ihrer allgemeinen Fassung überhaupt gerechtfertigt war und besonders, ob sie noch jetzt, unter veränderten Zeitverhältnissen, aufrechterhalten werden kann. Denn sie beruht auf der ganz allgemein gehaltenen Erwägung, daß „bei der Röntgenbestrahlung der persönlichen Tätigkeit des Arztes eine so wesentliche Bedeutung zukommt, daß demgegenüber der allerdings auch erhebliche stoffliche Wert des angewendeten Mittels in den Hintergrund tritt und somit die Bestrahlung als ärztliche Behandlung anzusehen ist". Die Entscheidung ist aber vom 4. 4. 16! Seitdem hat sich viel geändert. Der stoffliche Wert

des angewendeten Mittels ist inzwischen erheblich gestiegen, und auf der anderen Seite scheint sich doch die Technik der Lichtbehandlung so entwickelt zu haben, daß die Hilfspersonen sie mehr und mehr beherrschen und daß man mindestens jetzt nicht mehr so allgemein urteilen kann, wie es in jener Entscheidung geschehen ist. Vielmehr wird man eher — bei der Röntgenbestrahlung und mehr noch bei den einfacheren Arten der Lichtbestrahlung — fragen müssen: ob nicht jetzt umgekehrt die ärztliche Tätigkeit hinter der Tätigkeit der Hilfspersonen und dem stofflichen Werte des Mittels (allgemein oder nach den Umständen des Einzelfalles) zurücktritt, und ob nicht mindestens eine gesonderte Beurteilung erforderlich ist, um festzustellen, welcher Anteil von den Gesamtkosten auf das Heilmittel und welcher auf die ärztliche Behandlung entfällt — wie es Hahn im Handb. der KrVers. Anm. 5a zu § 182 RVO. empfohlen hat (zu vgl. ArbVers. 1909 S. 440 Ziff. 8 und 1911 S. 22 Ziff. 7).

Einfluß von Streik und Stillegung des Betriebes auf die Pflichtversicherung.

9. **Nach Guben.** Antwort: Ihre Bedenken gegen unsere Auskunft im Heft 25 S. 499 Ziff. 7 sind nicht stichhaltig. Sie gehen von der Annahme aus, daß Versicherungspflicht nach § 165 RVO. nur dann bestehe, „wenn eine tatsächliche Beschäftigung gegen Entgelt stattfindet". Zur Widerlegung dieser irrigen Auffassung teilen wir im folgenden mit, was Hahn in der „Betriebskrankenkasse" 1919 S. 89 über die Frage, ob der Streik das Beschäftigungsverhältnis und folglich die auf ihm beruhende Pflichtversicherung und Kassenmitgliedschaft beendet, ausgeführt hat. „Die Arbeitseinstellung hat für sich allein eine solche Wirkung nicht. Denn sie ist zunächst nur eine Unterbrechung der tatsächlichen Arbeitsleistung. Unter Beschäftigung als Grundlage der Versicherungspflicht im Sinne des § 165 RVO. ist aber, nach anerkannter Rechtslehre und Rechtsprechung, das der Regel nach auf einem Arbeitsvertrage beruhende, durch die Anstellung oder den Antritt zur Arbeit wirksam gewordene Verhältnis zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer zu verstehen, und dieses Verhältnis überdauert bloße Unterbrechungen der tatsächlichen Arbeit; solange nicht eine Lösung des Arbeitsverhältnisses selbst durch Willensbekundung von der einen oder anderen Seite stattfindet, gilt der Verpflichtete trotz tatsächlicher Nichtleistung der Arbeit als ›beschäftigt‹ im Sinne des § 165 RVO. Das Reichsversicherungsamt hat diese Rechtsauffassung in der grundsätzlichen Entscheidung 1933 (Amtl. Nachr. 1914 S. 813) bestätigt. Dort handelte es sich um eine Unterbrechung der Arbeit durch Krankheit und Arbeitsunfähigkeit. Auf den Grund der Unterbrechung kommt es aber nicht an, sondern auf die Willensrichtung der Beteiligten. Diese wird bei den Streikenden der Regel nach durchaus nicht dahin gehen, sich schlechthin der Verfügungsmacht des Arbeitgebers zu entziehen und das Verhältnis zu lösen, sondern im Gegenteil dahin, in diesem Verhältnisse zu verbleiben und nur seine Bedingungen anders zu gestalten. Nimmt nun auch der Arbeitgeber keinen Anlaß, das Beschäftigungsverhältnis wegen der willkürlichen Arbeitseinstellung (oder aus einem sonstigen Grunde) zu lösen, so bleibt auch das Versicherungsverhältnis aufrechterhalten, sofern auch die weitere Voraussetzung des § 165 (Abs. 2) RVO. als gegeben angesehen werden kann, daß nämlich die Beschäftigung ›gegen Entgelt‹ stattfinden muß. Das Reichsversicherungsamt hat in der erwähnten Entscheidung 1933 (unter Hinweis auf Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 21 zu § 165 und auf die Rechtsprechung des preuß. Oberverwaltungsgerichts) bemerkt: ›Auch dieses Erfordernis ist nicht allzu streng auszulegen. Vielmehr wird die Versicherungspflicht nicht dadurch berührt, daß für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit kein Entgelt zu zahlen ist.‹ Beim Streik ist der Regel nach nicht von vornherein abzusehen, ob für die Streiktage Lohn zu zahlen ist oder nicht. Die Frage wird meist nicht rein nach bürgerlichem Rechte (zu vgl. §§ 611, 612, 614 bis 616 BGB.) beurteilt, sondern bei den Verhandlungen über die Beilegung des Streiks mit erörtert und je nach deren Ergebnis mit entschieden. Es kommt aber darauf nicht entscheidend an, ›sondern nur darauf, ob ein Arbeitsverhältnis gegen Ablohnung vorliegt und ob also vor und nach der Unterbrechung der Arbeitsleistung eine dem Arbeiter die Erfüllung der Beitragspflicht ermöglichende Lohnzahlung stattfindet‹ (Entsch. des preuß. Oberverwaltungsgerichts 37 S. 336, ArbVers. 1900 S. 646, Reger 21 S. 41; weitere Entscheidungen bei Hahn a. a. O.). Dies wird beim Streik immer anzunehmen sein, wenn er nicht zur Lösung des Arbeitsverhältnisses geführt hat und die Arbeit wieder aufgenommen wird. Ist aber das Arbeitsverhältnis einzelner der streikenden Arbeiter durch hinreichende Willensbekundung von der einen oder anderen Seite gelöst worden, so ist damit auch das Versicherungsverhältnis, sofern es nicht nach § 313 RVO. freiwillig fortgesetzt wird, beendet, und zwar selbst dann, wenn sich die Lösung als Vertragsbruch darstellt (Entsch. des preuß. Oberverwaltungsgerichts in ArbVers. 1901 S. 131; zu vgl. ›Nachsatz‹ in ArbVers. 1912 S. 296)."

Ähnlich ist die Rechtslage im Fall einer Stillegung des Betriebes oder eines Betriebsteiles zu beurteilen. Wir verweisen darüber auf die Entsch. des Versicherungsamts Hamburg, hier S. 566, sowie auf unsere Auskunft im Jahrg. 1911 S. 142 Ziff. 1.

Anwendung des § 197 RVO., wenn der Versicherte während der Familienwochenhilfe die Kasse wechselt.

10. **Nach Weißenhorn.** Antwort: Wenn wir in der Auskunft im Heft 29 S. 580 Ziff. 15 bemerkt haben, daß nur der § 212 und nicht der § 197 RVO. in Betracht kommt, so sollte damit nur ausgedrückt sein, daß für die Ausgleichung zwischen den beiden Kassen, die nach der Niederkunft als leistungspflichtig in Frage standen, nur der § 212 maßgebend sei, so daß jedenfalls die zweite Kasse, in die der Versicherte übergetreten war, der ersten Kasse die von da ab ohne Rechtsgrund weiter gewährten Leistungen zu erstatten hatte. Hierfür war der § 197 ohne Bedeutung. Daß jede der beiden Kassen gegen die Kassen, bei denen der Versicherte im letzten Jahre vor der Niederkunft versichert gewesen ist, einen Anspruch auf anteilige Erstattung nach Verhältnis der Mitgliedschaft haben konnte, sollte selbstverständlich nicht in Abrede gestellt werden (ArbVers. 1920 Heft 8 S. 159 Ziff. 4).

Krankengeld für unfallverletzte Lehrlinge ohne Entgelt.

11. **Nach Ansbach und Mülheim (Ruhr).** Antwort: Die Auskunft im Heft 28 S. 560 Ziff. 17c stützt sich auf die dort erwähnten Ausführungen von Hahn, die gewiß recht erwägenswert, aber vom

Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2287, Amtl. Nachr. 1916 S. 799, ArbVers. 1917 S. 160, nicht gebilligt worden sind. Wir haben demgemäß uns schon in der Auskunft im Jahrg. 1917 S. 454 Ziff. 4 (zu vgl. noch S. 667 Ziff. 1) auf den Standpunkt des RVA. gestellt, wonach auch ohne Entgelt beschäftigte Lehrlinge Anspruch auf Krankengeld bei einem Betriebsunfall haben. Dies hat unser Mitarbeiter bei der Auskunft im Heft 28 übersehen. Ganz zweifelsfrei erscheint die Entsch. des RVA. nicht; aber sie beherrscht offenbar die Praxis.

Zur Beitragsfreiheit der Wöchnerin während vier Wochen vor der Niederkunft (§§ 195, 383 RVO.).

12. **Nach Trossingen.** Frage: Unter Bezugnahme auf die Auskunft im Heft 29 S. 578 Ziff. 6 fragen wir an, wie es mit der Beitragszahlung steht, wenn die Wöchnerin vor ihrer Niederkunft die Arbeit überhaupt nicht aussetzt, also bis zu ihrer Niederkunft gearbeitet und den Beitragsabzug von ihrem Lohn erlitten hat. Steht ihr die Beitragsfreiheit für die vier Wochen vor ihrer Niederkunft zu? Sind ihr die bereits bezahlten Beiträge zurückzuvergüten?

Antwort: Die Frage weist nur auf gewisse Schwierigkeiten hin, die sich — wie wir bereits in unserer Auskunft bemerkt haben — allerdings aus der Rechtslage ergeben, aber an ihr nichts ändern. Die Beiträge für die vier Wochen erweisen sich, sobald die Niederkunft erfolgt ist, als zu Unrecht erhoben und müssen auf Erfordern zurückgezahlt werden. Streit hierüber wäre nach § 405 Abs. 2 RVO. auszutragen. — Inzwischen finden wir im Heft 10 der MonSchr. f. Arb. u. AngestVers. (Sp. 544) eine Äußerung von Jaeger über die Frage. Er erklärt die Rechtslage für zweifelhaft, neigt aber zur Verneinung der Beitragsfreiheit. Wir halten die Begründung (auf die wir hier nur verweisen können) nicht für überzeugend, und Jaeger selbst empfiehlt als einen (auch aus anderen Gründen zu befürwortenden) Ausweg aus den Zweifeln: die Beseitigung der Beitragsfreiheit beim Wochengeldbezug überhaupt.

Keine Familienwochenhilfe bei Entbindung nach dem Tode des versicherten Ehemannes.

13. **Nach Schleiden.** Antwort: Anspruch auf Familienwochenhilfe kann nur eine Wöchnerin haben, deren Angehöriger zur Zeit der Entbindung Versicherter, also Mitglied der Kasse ist. Daher kann eine Witwe, die erst nach dem Tode ihres Ehemannes entbunden wird, keine Ansprüche aus § 205a stellen. In Betracht kann dann nur Wochenfürsorge aus § 17 Ges. v. 22. 5. 1920 (RGB. 1920 S. 350) kommen. Hierfür ist die Allgemeine Ortskrankenkasse zuständig, in deren Bezirk der gewöhnliche Aufenthaltsort der Wöchnerin liegt, und wo eine solche Kasse nicht besteht, die Landkrankenkasse (§ 18 a. a. O.).

Rechtslage der Krankenkasse bei übermäßigen Ansprüchen der Hebammen.

14. **Nach X.** Antwort: Wenn die für den dortigen Bezirk erlassene Gebührenordnung für Hebammen bestimmt, daß die niedrigsten Gebührensätze anzuwenden sind, wenn die Zahlung „aus Mitteln eines Organs der gesetzlichen Zwangskrankenversicherung" zu leisten ist, so wird das nicht anders zu verstehen und auszulegen sein, als die Bestimmung der Gebührenordnung für Ärzte (§ 2), an die sich die Gebührenordnung für Hebammen offenbar anlehnt. Sie gilt nur „in streitigen Fällen mangels einer Vereinbarung" (§ 1 a. a. O.). Da Ihre Kasse, wie wir nach Ihren Angaben annehmen, gemäß § 195c RVO. statt der baren Beihilfen nach § 195a Ziff. 1 und 3 freie Behandlung durch Hebamme und Arzt usw. gewährt, so liegt die Voraussetzung für die Anwendung der Mindestsätze, daß die Zahlung für die Dienste der Hebamme aus Mitteln der Kasse zu leisten ist, in allen Fällen vor, in denen die Hebamme, ohne Vereinbarung über die Vergütung, ihre Dienste einer Wöchnerin leistet, von der sie weiß, daß sie Anspruch auf Wochenhilfe gegen die Kasse hat. Die Hebammen sind aber, wie die Ärzte, nicht verpflichtet, die Behandlung für die Taxsätze zu übernehmen. Der preuß. Minister des Innern hat in einem Erlaß vom 4. 8. 17 (ArbVers. S. 632) darauf hingewiesen, daß die Hebammen in allen Fällen „wenigstens" auf Bezahlung der Mindestgebühren Anspruch haben. Sie können also höhere Vergütung vereinbaren, sei es mit der Wöchnerin (oder im Falle des § 205a RVO. mit deren Ehemann oder Vater usw.), sei es mit der Kasse. Ein Zwang aber, Vereinbarungen dieser Art mit der Kasse zu schließen, besteht für die Hebamme nicht. Stellen sie unangemessene Bedingungen, auf die die Kasse nicht eingehen kann, so wird der Kasse nichts übrigbleiben, als den Beschluß aus § 195c aufzuheben und die baren Beihilfen aus § 195a Ziff. 1 und 3 zu gewähren. Wir möchten aber empfehlen, zuvor jedenfalls die Vermittlung des Regierungspräsidenten nachzusuchen, einmal, um nichts unversucht zu lassen, was zu einem sachgemäßen Abkommen mit dem Hebammenverein führen könnte, dann aber auch, um einer sittenwidrigen Ausbeutung der Wöchnerinnen entgegenzuwirken (§ 138 BGB.).

a) Falsche Abmeldung ist ohne Einfluß auf die Ansprüche des Versicherten. b) Wochengeld für Sonntage trotz abweichender Satzungsbestimmung.

15. **Nach Görlitz.** Antwort: a) Da der Versicherte am Montag, den 19. Juli, noch eine Stunde gearbeitet und dann erst den epileptischen Anfall erlitten hat, wegen dessen er entlassen worden ist, war er als Pflichtmitglied der Kasse bis zum 19. Juli einschließlich versichert und hat daher, wenn an diesem Tage die satzungsmäßige Wartezeit (§ 208 RVO.) erfüllt war, Anspruch auch auf die Mehrleistungen der Kasse. Daß die Buchhalterin ihn, um einen Wochenbeitrag zu ersparen, als schon am 17. Juli entlassen abgemeldet hat, ist gleichgültig. Eine Verpflichtung des Arbeitgebers oder der Buchhalterin, für den Unterschied zwischen der Regelleistung und der vollen Leistung aufzukommen, besteht nicht.

b) Wochengeld ist nach ausdrücklicher Vorschrift des § 195a Abs. 1 Ziff. 2 RVO. für jeden Tag „einschließlich der Sonn- und Feiertage" zu zahlen. Wenn Ihre Satzung bestimmt, daß Wochengeld nur für sechs Tage in der Woche gezahlt wird, so muß sie geändert und mit dem Gesetz in Einklang gebracht werden.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1299 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 21. November 1920 | Heft 33

Die Bedeutung der Hauspflege für die Krankenversicherung.

Von Clara Schloßmann in Düsseldorf.

Die Bedeutung, welche der Hauspflege im Kampfe für die Volksgesundheit zukommt, wird im allgemeinen nicht genügend erkannt. Hauspflege wird in den meisten großen Städten und vielfach in kleineren und auf dem Lande von Vereinen ausgeübt; in ganz wenigen Orten, so Frankfurt am Main, ist vor kurzem die bisherige Vereinsarbeit von dem Wohlfahrtsamt übernommen worden. Hierbei wird unter Hauspflege verstanden: Sorge für Haushalt und Kinder einer niederkommenden oder erkrankten Frau sowie deren Pflege durch meist in Krankenpflege ungeübte, in einfacher Haushaltführung erfahrene Hauspflegerinnen. Solche Hauspflege ist geeignet, eine ohne sie bestehende Lücke der Volksgesundheitspflege zu füllen. Während der erkrankte Mann sich krank meldet, sich nun schonen kann und der Regel nach von Ehefrau oder Mutter gepflegt wird, arbeitet vielfach die niederkommende oder erkrankte Hausfrau nicht selten über ihre Kräfte, weil ihre Arbeit, besonders die Versorgung der Kinder, eben unbedingt getan werden muß, und sie treibt dadurch Raub an ihrer Gesundheit. Besonders bei der Niederkunft kann, wie jeder Arzt weiß, solche Überanstrengung schwere Schädigungen für das ganze Leben verursachen. Dies zu verhüten und dadurch Volksgesundheit zu erhalten, ist einer der wesentlichsten Zwecke der Hauspflege. In der heutigen Zeit der Verarmung und Not unseres Vaterlandes gewinnt, neben diesem mehr krankheitsverhütenden Ziele, die Hauspflege als Ersatz der Krankenhauspflege immer mehr an Wichtigkeit. In den meisten Städten sind die Krankenhäuser oft überfüllt, und vielfach können Kranke nicht rechtzeitig aufgenommen werden; auch sind jetzt die Kosten der Krankenhauspflege so hohe, daß alle die, welche sie tragen, also vor allem die Krankenkassen, ein dringendes Interesse daran haben, zu sparen. In vielen Fällen wird Hauspflege die Krankenhauspflege ersetzen können und so durch Hauspflege der gleiche Erfolg mit billigeren Mitteln erzielt.

Die RVO. sieht in den §§ 185 und 196 vor, daß Hauspflege von den Krankenkassen gewährt werden kann, doch ist die Fassung des Gesetzes nicht völlig klar. Im Entwurf zur RVO. war offenbar an Hauspflege im obigen Sinne überhaupt nicht gedacht, sondern nur an häusliche Krankenpflege, und zwar sollte sie nur gewährt werden können in denjenigen Fällen, in denen die Krankenkasse selbst die Krankenhauspflege für angezeigt erachtet, sie aber nicht durchführen kann. Während der Beratung in der Kommission wurde dann diese Leistung bedeutend ausgebaut, besonders indem sie auf die Wochenhilfe ausgedehnt wurde. Hierbei aber entstand, wie häufig bei nachträglichen Abänderungen von Gesetzen, eine Unklarheit, und die Kommentatoren legen die Bestimmungen nicht gleichmäßig aus.

Klar ist der neu hinzugekommene § 196, indem er u. a. besagt: „Mit Zustimmung der

Wöchnerin kann die Kasse 2. Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen gewähren ..." Hierzu bemerkt Hoffmann: „Hauspflegerinnen sind Personen, welche die hauswirtschaftliche Tätigkeit für die erkrankte Ehefrau besorgen" und ähnlich Stier-Somlo: „Hauspflegerinnen sind Personen, welche die hauswirtschaftliche Tätigkeit für die erkrankte Frau besorgen", Hahn sagt nur: „Ziff. 2 entspricht dem § 185."

Nicht völlig klar ist aber § 185. Abs. 1 lautet:

„Die Kasse kann mit Zustimmung des Versicherten Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger namentlich auch dann gewähren, wenn die Aufnahme des Kranken in ein Krankenhaus geboten, aber nicht ausführbar ist, oder ein wichtiger Grund vorliegt, den Kranken in seinem Haushalt oder in seiner Familie zu belassen."

Hierzu bemerkt Hoffmann (Anm. 6): „Es handelt sich immer um Krankenpflege, aber nicht um sog. Hauspflege, die einen Ersatz der hauswirtschaftlichen Tätigkeit der erkrankten Hausfrau bildet." Dagegen sagt Stier-Somlo (Anm. 4): „... Unrichtig aber Hoffmann, daß es sich nicht um sog. Hauspflege handelt..." Zu § 196 sagt er auch noch ausdrücklich: „Ziff. 2 entspricht dem § 185."

Auch v. Frankenberg faßt die Leistungen beider Paragraphen als die gleichen auf; von Hauspflege in unserm, im offenbar fremden Sinne spricht er aber nicht. Er sagt (§ 185 Anm. 2c):

„Andere Pfleger. Dies können auch Mitglieder der Haushaltung des Kranken sein, wenn sie sich ihm durch Krankenfürsorge, Befolgung der ärztlichen Anordnungen, Zubereitung von stärkender Kost u. dgl. widmen und eine Vergütung der Billigkeit entsprechen würde (z. B. wegen Verdienstausfalles)."

Hahn berührt die Frage der Definition des Wortes „Hauspflege" nicht, äußerte sich aber dankenswerterweise auf eine Anfrage des Verbandes der Hauspflege wie folgt:

„Die Kasse kann nach § 185 RVO. als Leistung der Krankenhilfe ›Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger‹ und nach § 196 Ziff. 2 als Leistung der Wochenhilfe ›Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen‹ gewähren. Bei Auslegung dieser Vorschriften verfällt Hoffmann einem doppelten Irrtum, indem er erstens von der Leistung aus § 185 die ›sog. Hauspflege, die einen Ersatz der hauswirtschaftlichen Tätigkeit der erkrankten Hausfrau bildet‹, ausschließt (Anm. 6 zu § 185) und zweitens als Hauspflegerinnen im Sinne des § 196 zu eng nur Personen bezeichnet, welche ›die hauswirtschaftliche Tätigkeit für die erkrankte Ehefrau besorgen‹ (Anm. 4 zu § 196; worin, nebenbei bemerkt, zwei weitere Irrtümer enthalten sind, weil die Wöchnerin weder ›erkrankt‹ noch ›Ehefrau‹ zu sein braucht). In der Hauptsache übersieht Hoffmann, daß der sachliche Inhalt der nach §§ 185, 196 Ziff. 2 zugelassenen Leistung in beiden Fällen gleichmäßig gekennzeichnet ist durch die Worte ›Hilfe und Wartung‹. Darunter sind Dienste zu verstehen, die über den regelmäßigen Anspruch auf Krankenhilfe nach § 182 oder Wochenhilfe nach § 195a hinausgehen, wie etwa Pflege und Bewachung (Hahn, Anm. 4b zu § 182) oder andere Bemühungen um die Person der Kranken oder Wöchnerin, die zu jenen regelmäßigen Leistungen hinzutreten (Hahn, Anm. 2 zu § 185). Diese Bemühungen müssen naturgemäß eine verschiedene Gestalt annehmen, nicht nur je nachdem sie einer Kranken oder einer Wöchnerin zu leisten sind, sondern darüber hinaus je nach besonderen Verhältnissen oder Bedürfnissen im Einzelfalle. Die pflegebedürftige Kranke wird nicht immer, aber oft in der hauswirtschaftlichen Betätigung behindert sein; da würde eine Pflegerin, die sich nur auf die Erneuerung des heißen Umschlags, auf das Zurechtrücken der Kissen usw. verstünde und der Kranken nicht auch die Versorgung des Hauswesens ganz oder teilweise abnehmen könnte, übel am Platze sein. Daß ihr aber eine solche ›Hauspflegerin‹ auf Kosten der Kasse beigegeben werden darf, ist auch aus dem Wortlaute des § 185 zu entnehmen, der durch die Worte ›oder andere Pfleger‹ einen weiten Spielraum für das pflichtmäßige Ermessen der Kasse eröffnet und ihr die Möglichkeit gibt, die Art der ›Hilfe und Wartung‹ ganz den besonderen Bedürfnissen im Einzelfalle anzupassen. Wenn umgekehrt im § 196 nur von Hauspflegerinnen die Rede ist, so hat das wohl seinen Grund darin, daß hier die Vertretung oder mindestens Unterstützung der Wöchnerin in ihren hauswirtschaftlichen Pflichten im Vordergrunde des Interesses steht, weil die pflegebedürftige Wöchnerin zur Schonung ihrer Gesundheit sich nicht nur von jeder Erwerbstätigkeit fernhalten, sondern auch von der Sorge um das Hauswesen möglichst entlastet werden soll. Wenn die Kasse ihr deshalb eine ›Hauspflegerin‹ beigeben darf, so bedeutet das sicher nicht, daß diese ihre Dienste lediglich auf die Führung der Hauswirtschaft zu beschränken hat; eine so enge Auslegung des Gesetzes wird ausgeschlossen durch die Fassung des § 196 Ziff. 2, wonach es sich doch auch, wie im Falle des § 185, um ›Hilfe und Wartung‹ im allgemeinen handelt, also auch um die notwendige Pflege am Wochenbett. So faßt z. B. auch Jaeger die Rechtslage auf in seinem Kommentar ›Die Wochenhilfe‹ S. 58 Anm. 6 zu § 196 RVO."

Demnach kann wohl mit Sicherheit angenommen werden, daß im Streitfalle die Rechtsprechung sich auf den Standpunkt von Hahn und Stier-Somlo stellt, und daß die Kassen ohne Bedenken Hauspflege im oben gekennzeichneten Sinne auch nach § 185 gewähren können.

Nach § 205 Abs. 1 kann die Satzung „Krankenpflege" an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten zubilligen, und hierbei ist § 185 einbegriffen, wie die

Kommentare von Hahn und Stier-Somlo ausdrücklich erwähnen.

Gemäß dem durch das Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge erweiterten § 205 (205 a) gilt § 196 auch für die Familienhilfe, so daß also Hauspflege auch den Ehefrauen usw. der Versicherten gewährt werden kann, soweit ihnen Familienwochenhilfe zusteht.

Die Hauspflege ist eine Kannleistung der Kassen, ähnlich wie die Krankenhauspflege. Während bei Mehrleistungen das Gesetz sich ausdrückt: „Die Satzung kann", sagt es hier: „Die Kasse kann". Der Entwurf zur RVO. hatte vorgesehen, daß „die Satzung" diese Art Pflege gestatten könne; die Kommission übertrug aber das Ermessen unmittelbar der Kasse. Noch weitergehende Vorschläge, die der Wöchnerin oder ihrem Ehemann einen Anspruch auf Stellung einer Hauspflegerin geben wollten, wurden abgelehnt. Zu dem Bestimmungsrechte der Kasse sagt Hahn (§ 185 Anm. 2):

„Die Kasse ›kann‹, d. h. der Kassenvorstand oder der von ihm Beauftragte hat freies pflichtmäßiges Ermessen zu üben. Die Vorschrift steht im inneren Zusammenhange mit § 184, ergänzt ihn in gewissem Sinne und konnte daher nicht im Gegensatze zu ihm eine Verpflichtung für die Kassen aussprechen . . . Danach hat der Versicherte hier erst recht keinen erzwingbaren Anspruch auf diese Hauspflege. Und anderseits darf ihm in keinem Falle diese Art der Pflege aufgezwungen werden."

Ähnlich spricht sich Hoffmann aus (§ 185 Anm. 3 und 4):

„Die Aufnahme dieser Befugnis in die Satzung ist also nicht erforderlich, vielmehr kann der Vorstand ohne solche im Einzelfalle Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger usw. gewähren . . . Die Kasse hat auch hier das volle Wahlrecht; sie kann weder zur Gewährung dieser Leistungen verurteilt werden, noch hat der Versicherte einen Rechtsanspruch auf diese Leistungen."

Über die Gründe, die zur Gewährung von Hauspflege berechtigen, sagt Hahn (§ 185 Anm. 3):

„Die Gründe, aus denen die Kasse von der Ermächtigung Gebrauch machen darf, sind nicht erschöpfend aufgeführt; eben deshalb hat die Kommission die Worte hinzugefügt: ›oder ein wichtiger Grund vorliegt usw.‹. Hier hat also das Ermessen, unter pflichtmäßiger Rücksicht auf alle besonderen Verhältnisse, freien Spielraum . . ."

Wir sehen also, daß die Kassen ohne weiteres und ohne Satzungsänderung Hauspflege gewähren können an kranke und niederkommende Versicherte sowie an Wöchnerinnen, die Familienwochenhilfe erhalten. Als Familienhilfe für erkrankte Familienmitglieder ist sie eine Mehrleistung und muß, wie die gesamte Familienhilfe, von der Satzung vorgesehen sein.

Die Kassen sind berechtigt, bei Erkrankten für Hauspflege bis zu einem Viertel des Krankengeldes abzuziehen, wenn die Satzung dies besonders vorsieht; bei Wöchnerinnen können sie bis zur Hälfte des Wochengeldes abziehen. Auch hierbei hat die Kasse nach billigem, pflichtmäßigem Ermessen im Einzelfalle zu entscheiden, das zuständige Kassenorgan ist nicht verpflichtet, sondern nur berechtigt, den Abzug zu machen.

In der Praxis haben die Krankenkassen von dem Recht, Hauspflege zu gewähren, leider nur in sehr geringem Maße Gebrauch gemacht. Einige wenige Kassen haben eine eigene Krankenschwester angestellt und gewähren durch sie, die offenbar wie eine Gemeindeschwester ab- und zugeht, häusliche Krankenpflege im Sinne des Entwurfes. Hauspflege im oben gekennzeichneten Sinne wird nur von wenigen Kassen gewährt, und dies geschieht fast ausschließlich vermittels eines Hauspflegevereins und nur in der Weise, daß dem Vereine für Pflegen von Kassenmitgliedern ein Zuschuß gewährt wird. Soweit feststellbar, hat nur eine Kasse (Betriebskrankenkasse Zeiß, Jena) eigene Hauspflegerinnen angestellt.

Dringend wünschenswert wäre, daß die Krankenkassen sich mehr als bisher der Hauspflege annähmen. Es fragt sich nun, welcher Weg für sie der empfehlenswertere ist, Hauspflege in eigener Regie oder vermittels einer anderen Organisation.

Auf der kürzlich in Jena stattgefundenen Tagung des Verbandes der Hauspflege, auf der außer Vertretern von Vereinen auch solche von Wohlfahrtsämtern sowie Kassenfachmännern anwesend waren, wurde auch diese Frage ausführlich besprochen. Für wichtig wurde gehalten, daß in einem Orte nur eine Organisation Träger der Hauspflege sein solle, da durch Zersplitterung die

Geschäftsunkosten sich vervielfachen und besonders die aller Hauspflege anhaftenden Schwierigkeiten vermehrt werden (zeitlich sehr verschiedener Bedarf an Hauspflegerinnen; weite Entfernungen der Pflegebedürftigen von der Wohnung der Hauspflegerin). Es sei daher — von Ausnahmen abgesehen — unzweckmäßig, wenn von verschiedenen Stellen Hauspflege geleistet wird, wenn z. B. das Wohlfahrtsamt, die Krankenkassen, Werke, Vereine, jeder für seine Angehörigen gesondert Hauspflegerinnen anstellt. Wünschenswert aber sei, daß alle diese Organisationen, soweit es in ihren Kräften steht, Hauspflege gewähren, sie aber durch die Hauspflegeorganisation leisten lassen und dieser die Kosten erstatten.

Bei der heutigen Zersplitterung des Kassenwesens scheint Hauspflege in eigener Regie nicht zweckmäßig. Geeigneter wäre ein Verband aller örtlichen Krankenkassen, wie er mancherorts schon besteht und gemäß dem Entwurf für die Arbeitslosenversicherung überall geschaffen werden soll. Auch ein solcher Verband aber würde nicht alle Hauspflege-Bedürftigen umfassen, da erfahrungsgemäß ein erheblicher Teil der Pflegebedürftigen nicht dem Kreise der Krankenversicherung angehört (nichterwerbstätige Witwen, Gewerbetreibende, gemäß §§ 169 und 170 Versicherungsfreie*)). Von allen auf der Tagung Anwesenden, einschließlich eines hervorragenden Fachmanns der Krankenversicherung, wurde für ratsamer gehalten, daß die Kassen bis zu einer etwaigen Umgestaltung des Kassenwesens die Ausführung der Hauspflege einem andern Träger übertragen, wo ein geeigneter vorhanden ist; meist wird dies ein Verein sein. Der Einwand, dann solle der Verein auch die Kosten tragen, ist nicht stichhaltig; es ergab sich, daß die Vereine fast alle in äußerst schwieriger finanzieller Lage sind, da sie, wie die meisten Wohlfahrtsvereine, die entsprechend der Geldentwertung gestiegenen Ausgaben nicht durch entsprechende Einnahmen ausgleichen können, und selbst die bisherigen, in den meisten Orten viel zu geringen Leistungen an Hauspflege sind gefährdet. Wenn die Kassen einem Vereine die Hauspflege übertragen, so werden sie sich zweckmäßig in der Verwaltung einen entsprechenden Einfluß sichern und mit dem Vereine Richtlinien vereinbaren, in wie weitem Maße und unter welchen finanziellen Bedingungen Anträgen stattgegeben werden soll; auch können die Kassen sich durch ihre Krankenbesucher an der Ausführung der Hauspflege beteiligen, nämlich an der Feststellung, ob im Einzelfalle Hauspflege zu gewähren ist und ob und wieviel die Verpflegten zuzahlen sollen. Einer solchen teilweisen Gewährung von Hauspflege, nämlich unter Zuzahlung der Verpflegten, stehen meines Erachtens keine gesetzlichen Bedenken entgegen, sie entspricht der teilweisen Gewährung von Krankenhauspflege an Familienangehörige, die man ja vielfach in Satzungen findet.

Wo bisher Kassen und Vereine zusammenarbeiteten, geschah die Kostenerstattung meist durch Zahlung eines Pauschbetrags für jeden Hauspflegefall. Um aber bei dem schnellen Wechsel der Lohnverhältnisse den Pauschbetrag nicht ständig ändern zu müssen und auch, um die Kasse am sparsamen Arbeiten des Vereins zu interessieren, erscheint es richtiger, wenn die tatsächlichen Pflegekosten berechnet werden, zuzüglich etwa eines Prozentsatzes für Geschäftsunkosten. Je nach der finanziellen Lage der Kasse und der Hauptpflegeorganisation könnte auch eine Vereinbarung getroffen werden, wonach die Kasse zwar für die Wöchnerinnen und die selbstversicherten Kranken die vollen Kosten übernähme, für die kranken Ehefrauen der Versicherten aber nur einen Teil oder einen kleineren Pauschbetrag. Hierbei ist zu beachten, daß die Kosten für Hauspflege bei Familienwochenhilfe den Kassen ja zur Hälfte vom Reiche erstattet werden. Da ein großer Teil der Pflegen eine krankheitsverhütende Wirkung hat, könnten sich vielleicht auch die

*) Es ist auch nach der gegenwärtigen Fassung des § 407 RVO. keineswegs zweifelsfrei, ob die dort erschöpfend aufgezählten zulässigen Zwecke eines Kassenverbandes die gemeinsame Bereitstellung von Hauspflege mit umfassen. (Schriftleitung.)

Landesversicherungsanstalten prozentual an den Kosten beteiligen, ähnlich wie bei Zahnersatz. Schon heute gewähren einige Landesversicherungsanstalten den Hauspflegevereinen namhafte Beihilfen. — Die durch die Hauspflege entstehenden Kosten dürfen nicht überschätzt werden, zumal es ja in der Hand der Kassen liegt, zunächst vorsichtig vorzugehen und von den nicht besonders Bedürftigen oder Kinderreichen eine namhafte Zuzahlung zu fordern.

Der Möglichkeit zur Arbeit auf dem Gebiete der Hauspflege gibt es also viele. Ob die Kassen selbst Hauspflege leisten oder ob sie vorziehen, die Ausführung anderen Organisationen zu übertragen, jedenfalls sollten sie zum Wohle der Volksgesundheit der Hauspflege mehr Beachtung schenken als bisher.

Über den Umfang der Erstattungspflicht des Reichs bei der Familienwochenhilfe.

Mit Bezug auf unsere Auskunft im Heft 27 S. 539 (nach Darmstadt) legt uns eine Krankenkasse Abschrift eines ihr vom Versicherungsamt erteilten abweichenden Bescheides vor, der lautet:

Auf die Anfrage . . . teilen wir mit, daß u. E. das Reich in den Fällen des § 205a RVO. (Familienhilfe) nicht verpflichtet ist, auch die daselbst im Absatz 2 Satz 2 bezeichneten zulässigen Mehrleistungen zur Hälfte mit zu erstatten. Der Wortlaut des § 205d Abs. 1 a. a. O. ist u. E. nur dahin auszulegen, daß die durch die Krankenkassen zu gewährenden gesetzlichen Regelleistungen des § 205a Abs. 2 Satz 1 diesen durch das Reich erstattet werden. Geht die Krankenkasse durch Satzungsbestimmung beim Wochengeld und Stillgeld über die Regelleistung hinaus, so hat sie dieselben in voller Höhe selbst zu tragen. Bei der sehr ungünstigen Finanzlage des Reiches muß angenommen werden, daß der Gesetzgeber nicht beabsichtigt hat, die lediglich in das Belieben der Krankenkassen gestellte erhöhte Leistung an Wochengeld und Stillgeld mit in den § 205d Abs. 1 (Erstattung zur Hälfte) einzubeziehen. Wir halten aber die dortige Kasse nicht für berechtigt, an Aufwendungen für Wochen- und Stillgeld mehr als 1,50 *M* bzw. 75 Pf. täglich in jedem Wochenhilfefalle in den Ausgabennachweisungen für Familienhilfe in Ansatz zu bringen."

Hierzu bemerkt die Krankenkasse: „Wenn wir auch den Standpunkt Jägers nicht teilen können, wonach die Tatsache der Verpflichtung des Reiches zur Zahlung nur der Hälfte der gesetzlichen Leistungen aus einem Formblatt für die Nachweisung hervorgeht, so sind wir doch der Ansicht, daß der Wille des Gesetzgebers dahinging, daß nur die Hälfte der gesetzlichen Mußleistungen durch das Reich zu ersetzen sei und daß der Ausdruck der diesbezüglichen Gesetzesvorschrift nur ungenau gehalten ist. Ähnliche Mängel finden sich ja häufig in den Gesetzen der letzten Zeit, die scheinbar bezüglich ihrer Durcharbeitung und Erwägung ihrer Konsequenzen oft viel zu wünschen übrig lassen. Sollte man Ihrem Standpunkt beitreten, so wäre es dem Reich gar nicht möglich, die voraussichtlichen Kosten im Etat einzusetzen, da es unmöglich die Satzungsänderungen der vielen tausend Krankenkassen überwachen kann. Wir bitten Sie, der Sache nochmals näherzutreten und zu prüfen, ob Sie Ihren Standpunkt aufrechterhalten wollen. Gegebenenfalls werden wir die nächste Liquidation auf die Mehrleistungen ausdehnen und unsere Forderung instanziell verfechten." — —

Hierzu bemerken wir: Es wird für alle Fälle gut sein, es einmal auf eine förmliche Entscheidung des Versicherungsamts ankommen zu lassen und, wenn sie ablehnend ausfallen sollte, Beschwerde zu erheben. Zu einem allgemeingültigen Austrag wird die Streitfrage dadurch freilich nicht gebracht, weil, wenn die Oberversicherungsämter nicht sämtlich im gleichen Sinne entscheiden, es an der Möglichkeit fehlt, den Widerspruch durch Anrufung des Reichsversicherungsamts oder durch Abgabe der Sache an dieses (§§ 1693, 1799 RVO.) zur grundsätzlichen Lösung zu bringen (zu vgl. Jaeger, Wochenhilfe, Anm. 7 und 8 zu § 205d RVO.).

Wir können nach erneuter Erwägung den von uns vertretenen Standpunkt nicht aufgeben. Wenn das Versicherungsamt sagt, der „Wortlaut" des § 205d Abs. 1 RVO. sei dahin auszulegen, daß nur die gesetzlichen Regelleistungen vom Reiche zu erstatten seien, so ist das wohl nur nicht ganz zutreffend ausgedrückt; gemeint kann nur sein, daß das Gesetz, ungeachtet des entgegenstehenden Wortlautes, in dem bezeichneten Sinne auszulegen sei. Denn darüber kann doch nicht der geringste Zweifel bestehen, daß die Wortauslegung des § 201d Abs. 1 RVO. die uneingeschränkte Pflicht des Reiches zur Erstattung der Hälfte der Leistungen nach § 205a, also aller Leistungen, auch soweit sie über die Regelleistungen hinausgehen und im § 205a nur zugelassen sind, ergibt. Dieser völlig klaren Wortfassung gegenüber würde sich eine abweichende, einschränkende Auslegung nur dann rechtfertigen lassen, wenn sich anderweit aus dem Gesetze selbst, aus dem Zusammenhange oder aus der Entstehungsgeschichte ergäbe, daß die wörtliche Auslegung mit dem Gedanken des Gesetzgebers unvereinbar und deshalb eine Einschränkung geboten sei. Der Gedanke des Gesetzgebers ist nun offenbar der, daß im Interesse des Gemeinwohls eine möglichst weitreichende Familienwochenhilfe dringend erwünscht, anderseits aber mit Rücksicht auf die Lage der Krankenkassen deren teilweise Entlastung von den Kosten geboten sei. Mit diesem Gedanken ist sicher die Übernahme der halben Kosten auch der zugelassenen Mehrleistungen nicht unvereinbar. Ganz unstatthaft aber ist es, den Grund für die einschränkende Auslegung einem Momente zu entlehnen, das mit dem Gesetzesinhalt in keinerlei Zusammenhang steht. Ein solches Moment ist die ungünstige Finanzlage des Reiches, die das Versicherungsamt ausspielt. Die Folgerung, bei der sehr ungünstigen Finanzlage des Reiches müsse angenommen werden, daß der Gesetzgeber nicht beabsichtigt habe, die nur zugelassenen

Mehrleistungen in die Erstattungspflicht aus § 205d RVO. einzubeziehen, diese Folgerung ist ein wahrer logischer Kopfsprung. Wir meinen, daß vielmehr folgende Schlußfolgerung angebracht war: „Bei der sehr ungünstigen Finanzlage des Reiches hatte der Gesetzgeber allen Anlaß, mit größter Sorgfalt die auf die Erstattungspflicht des Reiches bezüglichen Vorschriften zu erwägen und zu formulieren; und wenn er dennoch im § 205d die Hälfte der „Leistungen der Kasse nach § 205a" ohne Einschränkung übernommen hat, so geht es nicht an, ihm die grobe Fahrlässigkeit zu unterstellen, daß er weniger als die Hälfte, nämlich nur die Hälfte der Pflichtleistung, nicht auch die Hälfte der ausdrücklich im § 205a Abs. 2 Satz 2 zugelassenen Mehrleistungen der Kasse gemeint habe." In Wahrheit kommt das Argument des Versicherungsamts doch nur darauf hinaus, daß der Gesetzgeber, bei richtiger Erwägung der Finanzlage des Reiches, diesem nur die Hälfte der Pflichtleistungen hätte aufbürden sollen. Das aber reicht zur entsprechenden Umdeutung der klaren Gesetzesworte nicht aus. Sonst könnte etwa ein anderes Versicherungsamt, das sich einen tieferen, genaueren Einblick in die Finanzlage des Reiches zutraut, auf den Einfall kommen, auszurechnen, daß es der beschränkten Leistungsfähigkeit des Reiches entspreche, die Leistungen aus § 205a nicht zur Hälfte, sondern nur zu einem Drittel zu tragen, und daß daher § 205d in diesem Sinne einschränkend auszulegen sei. Das hätte, wenn es rechnungsmäßig gestützt werden könnte, ungefähr ebensoviel für sich, wie die hier in Frage stehende Meinung des Versicherungsamts, die gleichfalls nur auf eine Kritik des Gesetzes unter finanzwirtschaftlichen Gesichtspunkten hinausläuft, zu einer statthaften Auslegung des Gesetzes aber nichts beiträgt.

Auch was die Kasse zur Unterstützung der Ansicht des Versicherungsamts beibringt, reicht dazu nicht aus. Gewiß — nur allzu gewiß — ist es zutreffend, daß in den Gesetzen der neueren Zeit sich häufig Mängel der Durcharbeitung und der Erwägung der Folgen finden. Aber es ergibt sich schon aus dem Gesagten, daß die bloße Feststellung eines Mangels zunächst nur Kritik des Gesetzes bedeutet und nicht ohne weiteres zu seiner Korrektur im Wege der Auslegung ausreicht; und im vorliegenden Fall ist es überdies reine Willkür, dem Gesetzgeber einen solchen Mangel zu unterstellen, da nicht der geringste Anhalt dafür vorliegt, daß seine klaren Worte nur der ungenaue Ausdruck für etwas anderes seien, und da jede Möglichkeit fehlt, festzustellen, was denn dies andere sei, was er etwa mit jenen klaren Worten habe sagen wollen. Die Erwägung, daß es unmöglich sei, die Satzungen der vielen tausend Krankenkassen daraufhin zu prüfen, ob und inwieweit sie Mehrleistungen an Familienwochenhilfe vorsehen, und folglich die voraussichtlichen Kosten in den Etat einzustellen, greift gleichfalls nicht durch, weil überhaupt die Einstellung der das Reich treffenden „voraussichtlichen" Kosten der Wochenfürsorge und der Familienwochenhilfe nur auf Grund ungefährer Schätzung erfolgen kann, und weil diese Schätzung verhältnismäßig nicht wesentlich umständlicher und unsicherer wird, wenn man in sie auch die Mehrleistungen an Familienwochenhilfe einbeziehen muß.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 9 und 10 der Amtl. Nachr. vom 15. September und 15. Oktober 1920.)

I. Unfallversicherung.

Der Unfall eines Versicherten, der sich während eines Geschäftsganges in seine Wohnung zur Einnahme des Mittagessens begeben wollte und dabei verunglückte, kann unter Umständen als Unfall anzuerkennen sein (3047 S. 387).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Dem Versicherten, der mit Ermächtigung der Krankenkasse einen auswärtigen Facharzt zu Rate zieht, sind neben den Reisekosten auch die notwendigen Zehrungskosten zu ersetzen (2593 S. 399).

Der erkrankte Versicherte ist an seine Zustimmung zur Unterbringung im Krankenhause (§ 184 Abs. 1 RVO.) gebunden, solange die Fortsetzung der Krankenhauspflege notwendig ist (2594 S. 399).

Eine Bestimmung der Satzung, die auf Grund des § 193 Abs. 3 RVO. freiwillig Weiterversicherten (§ 313 RVO.), die sich nicht im Bezirke der Kasse oder des Versicherungsamts aufhalten, statt der Krankenpflege einen Geldbetrag zubilligt, ist nicht anzuwenden, wenn der Versicherte sich bei Eintritt des Versicherungsfalls im Bezirke der Kasse aufgehalten hat (2595 S. 401).

Bei Ermittlung der im § 17 Abs. 2 des Wochenhilfegesetzes bestimmten Einkommensgrenze sind auch steuerfreie Teuerungszulagen zu berücksichtigen (2596 S. 404).

Bei Ersatzansprüchen aus §§ 1501, 1505 RVO. kann die Krankenkasse aus § 584 RVO. nicht das Recht herleiten, Ersatz aus der Vollrente zu beanspruchen, wenn dem Verletzten selbst nur eine Teilrente zusteht (2597 S. 405).

Der Anspruch des Armenverbandes auf Erstattung der Beerdigungskosten unterliegt der Ausschußfrist des § 1539 RVO. auch dann, wenn der Armenverband die Beerdigung selbst besorgt hat (2598 S. 406).

Die Vorschrift des § 1710 RVO. (über aufschiebende Wirkung von Rechtsmitteln der Versicherungsträger) gilt nicht für das Berufungsverfahren in Krankenversicherungssachen (2599 S. 407).

B. Zur Krankenversicherung.

Versicherungspflichtige Beschäftigung einer Erholungsbedürftigen im Krankenhause.

Entscheidung des **Versicherungsamts Kreuznach** vom 27. Juli 1920 (K. 78/20).

Nach den maßgebenden Grundsätzen des Reichsversicherungsamts ist Voraussetzung der Versicherung für die in § 165 Reichsversicherungsordnung bezeichneten Personen, daß sie beschäftigt werden. Außerdem muß für diese Tätigkeit ein Entgelt gewährt werden. Aus dem Erfordernis, daß die von der Versicherung erfaßten Personen als Arbeiter usw. beschäftigt sein müssen, folgt, daß sie tatsächlich Arbeiten leisten, nicht nur auf Ansuchen solche leisten müssen. Im allgemeinen bedarf es zur Begründung der Versicherungspflicht keines im Sinne des bürgerlichen Rechts gültigen und gewisse Zeit bindenden Dienst- oder Arbeitsvertrages. Es ist vielmehr davon auszugehen, daß die Versicherungspflicht eintritt, wenn ein Verhältnis wirtschaftlicher und persönlicher Abhängigkeit des Arbeitenden von einem Arbeitgeber nachweisbar ist. Das Reichsversicherungsamt hat in einem Einzelfalle ein Lohnarbeitsverhältnis verneint, wenn die in geschlossenen Krankenanstalten untergebrachten Pfleglinge auf Veranlassung der Anstaltsleitung Arbeiten verrichten. Diese Entscheidung ist aber auf den vorliegenden Fall keineswegs anwendbar. Die St. war nach der Blinddarmoperation bereits mehrere Tage als geheilt aus dem Krankenhaus entlassen. Sie war daher als Kranke nicht mehr pflegebedürftig. Sie wurde vielmehr als junges 14jähriges und schwächliches Mädchen im Einverständnis mit der Krankenhausverwaltung wieder in das Krankenhaus aufgenommen, um ihre Dienste wieder zur Verfügung zu stellen und um sich gleichzeitig durch gute Kost und leichte Arbeit ausheilen und erholen zu können. Dieser Entschluß ist offenbar darauf zurückzuführen, daß sie in diesem jugendlichen Alter und in dem schwächlichen Körperzustand, in dem sie sich nach der Operation befand, eine andere ebenso leichte Dienststelle nicht hat finden können. Bezeichnend ist auch, daß die Krankenhausverwaltung von ihr kein Pflegegeld verlangte, wie es bei anderen Kur- und Erholungsbedürftigen geschieht. Das Krankenhaus hatte den Nutzen von diesem billigen Mädchen, die Gewährung von Kost und Logis stellte allein schon ein Entgelt dar; es bekam aber noch außerdem von den Kurgästen Trinkgelder, die mit Willen und Wissen der Krankenhausverwaltung gegeben, von der Schwester Oberin gesammelt und von ihr auch dem Mädchen ausgehändigt wurden. Auch diese mittelbar als Entschädigung für geleistete Arbeit gewährten Trinkgelder machen das Mädchen, ebenso wie Kellner, Zimmermädchen und dergl., versicherungspflichtig. Als Gegenleistung steht demgegenüber, daß sich das Mädchen durch leichte Arbeitsleistung verdienstbar gemacht hat.

Derartige Beschäftigungsverhältnisse kommen in fast allen Krankenhäusern vor. In jedem Krankenhaus sind einige Leute vorhanden, die zu leichten Handreichungen und Dienstleistungen herangezogen werden, obgleich sie noch erholungsbedürftig sind. Es handelt sich nicht um pflegebedürftige Personen, sondern nur um erholungsbedürftige frühere Rekonvaleszenten, welche Arbeiten verrichten, die an ihrer Stelle von anderen Personen verrichtet werden müßten, und die von allen anderen Krankenhäusern zur Krankenkasse angemeldet werden. Auch im vorliegenden Falle erachtet das Versicherungsamt für erwiesen, daß sich Arbeiter und Arbeitgeber, Leistung und Gegenleistung gegenüberstehen. Es handelt sich daher neben der Gelegenheit zur Erholung in der überwiegenden Hauptsache um ein Lohnarbeitsverhältnis, das nach den maßgebenden Grundsätzen des Reichsversicherungsamts sowohl der Kranken- als auch der Invalidenversicherungspflicht unterliegt.

Versicherungspflicht eines indischen Mädchens in einer deutschen Familie?

Entscheidung des **Versicherungsamts Kreuznach** vom 27. Juli 1920 (K. 93/20).

Kläger war früher etwa sechs bis sieben Jahre lang als Missionar in Indien und hatte dort die Martha Th. zur Beaufsichtigung der Kinder angenommen. Als Dienstmädchen wurde sie niemals angesehen, weil es dort nur männliche Dienstboten gibt. Im Jahre 1910 kam sie mit nach Deutschland und blieb auch in der Familie des Klägers noch, als der Krieg ausbrach. Da sie während des Krieges nicht mehr nach Indien zurückkehren konnte, blieb sie bis heute in derselben Familie. Zur Beaufsichtigung der Kinder ist sie jetzt nicht mehr nötig, da diese 8 bis 14 Jahre alt geworden sind; sie macht sich daher in anderer Weise im Haushalte als Stütze der Hausfrau nützlich. Eine Entschädigung für geleistete Arbeit bekommt sie nicht, sie bekommt weder Lohn noch Trinkgelder oder Taschengeld. Es wird ihr lediglich freier Unterhalt gewährt, bestehend hauptsächlich in freier Beköstigung und Wohnung. Sonstige Sachleistungen wie Kleider, Schuhe usw. können nicht gegeben werden, da das Einkommen des Klägers monatlich nur 395 ℳ beträgt, wovon eine Familie von sechs Personen ernährt werden muß; es ist also zum eigenen Unterhalt noch zu gering, viel weniger reicht es, um davon ein Dienstmädchen zu bezahlen. Kläger hält sie nicht für versicherungspflichtig, da sie keine Lohnarbeiterin ist, da er sie nicht nötig hat, sie vielmehr nur noch aus Gnade und Barmherzigkeit im Hause duldet, weil er sie nicht auf die Straße setzen will und weil sie jetzt nicht nach Indien zurückkehren kann. Ihr zu kündigen oder sie in einem anderen Haushalt unterzubringen, ist wegen Angewöhnung, Sprache und Rasse nicht

angängig. Kläger will auf ihre Hilfe keineswegs angewiesen sein und würde auf sie verzichten, wenn sie fortginge; seine Frau würde die Arbeit dann allein machen. Er beantragt ihre Befreiung von der Versicherungspflicht, da sie Ausländerin sei und keine versicherungspflichtigen Arbeiten mehr verrichte, sondern als Mitglied der Familie zu betrachten sei. Sollte diesem Antrage nicht entsprochen werden können, dann beantragt er, den Wert der freien Beköstigung und Wohnung gemäß § 160 RVO. für diesen Einzelfall besonders festzusetzen, da er bei einem Einkommen von 395 ℳ monatlich nicht 165 ℳ für Kost und Wohnung für die Th. allein berechnen könne. Von den 395 ℳ gingen zunächst für Schulgeld, Kleider und Schuhe mindestens 100 ℳ ab. Es blieben dann nicht ganz 300 ℳ für die Beköstigung und Wohnung von sechs Personen übrig; auf jede Einzelperson entfielen demnach nur 45 bis 50 ℳ monatlich. Er bittet daher, den Beitrag für das Mädchen auf die geringste Stufe zu ermäßigen.

Die Beklagte (Krankenkasse) hält die Th. für versicherungspflichtig.

Das Versicherungsamt fällte folgende Entscheidung: Die M. Th. steht bei dem Kläger in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis. Dem Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht kann nicht stattgegeben werden. — Gründe:

Nach den vom RVA. aufgestellten Grundsätzen, sind die in Deutschland beschäftigten Ausländer grundsätzlich versicherungspflichtig, wenn sie auch demnächst in das Ausland zurückzukehren beabsichtigen. Im allgemeinen sind ferner alle im § 165 RVO. bezeichneten Personen versicherungspflichtig, wenn sie beschäftigt werden und ein Entgelt erhalten. Daß die Th. tatsächlich beschäftigt wird, steht nach den eigenen Aussagen des Klägers einwandfrei fest. Für die Versicherungspflicht genügt, daß sie tatsächlich Arbeit leistet, nicht nur auf Ansuchen solche leisten muß. Das Mädchen war von jeher in dieser abhängigen Stelle und wurde in dem Haushalte des Klägers beschäftigt oder beschäftigte sich dort gewohnheitsmäßig selbst, sie gehört dem Arbeiterstande demnach an, und beide Parteien, sowohl Arbeitgeber und seine Familie als auch die Arbeitnehmerin, haben sich an dieses Beschäftigungsverhältnis gewöhnt, und es kann nun heute nicht plötzlich angenommen werden, daß sich die Stellung des Mädchens so gehoben hat, daß sie heute nicht mehr als dem Dienstbotenstande angehörig oder nicht mehr in abhängiger Stellung sei. Insbesondere kann nicht angenommen werden, daß ein indisches Mädchen, das sich nach Rasse, Farbe, Sprache, Gewohnheiten usw. von dieser deutschen Familie erheblich unterscheidet, nun plötzlich mit dem Arbeitgeber und seinen Angehörigen wirtschaftlich und sozial gleichgestellt wäre, und daß es sich um ein familienhaftes Gemeinschaftsleben oder um eine unverbindliche Hilfeleistung unter wirtschaftlich gleichgestellten Personen aus sittlichen oder Anstandsrücksichten, oder um eine auf der Unterhaltspflicht beruhende Darreichung der Lebensnotdurft handelt. Ist dies aber unmöglich, so kann sie heute auch nicht nur als Gast im Hause betrachtet werden, nachdem es ihr nicht möglich war, in ihre Heimat zurückzukehren. Das Versicherungsamt war vielmehr der Überzeugung, daß sich an der Tatsache, daß das Mädchen noch weiter beschäftigt wird und zur Arbeitsleistung zur Verfügung steht, nichts geändert hat. Als Entgelt für geleistete Arbeit kommt die Gewährung von freier Kost und Wohnung in Betracht. Es ist nicht notwendig, daß ein Entgelt in bar besteht, auch Sachbezüge rechnen nach § 160 RVO. zum Entgelt.

War somit die Versicherungspflicht zu bejahen, so mußte der Antrag des Klägers auf Befreiung von der Versicherungspflicht als unbegründet zurückgewiesen werden. Aus demselben Grunde ist Kläger auch zur Beitragsleistung verpflichtet. Über die Höhe der Beiträge, auf die es dem Kläger hauptsächlich ankam, wird in besonderem Verfahren nach § 160 RVO., das jedoch nicht zu den Obliegenheiten des Beschlußausschusses gehört, vom Vorsitzenden dadurch Abhilfe geschaffen werden, daß der Wert der Sachbezüge den tatsächlichen Verhältnissen angepaßt und besonders festgesetzt wird.

Anmerkung: Daß die Entscheidung im Ergebnis bedauerlich ist, darüber braucht kein Wort verloren zu werden. Wir halten sie aber auch rechtlich für bedenklich. Vorweg ist schlechthin als recht befremdlich die Erwägung abzuweisen, es könne (und nun gar „insbesondere!") nicht angenommen werden, daß ein Mädchen, das sich nach Rasse, Farbe, Sprache, Gewohnheiten usw. von der deutschen Familie erheblich unterscheide, nun „plötzlich" (!) mit dem Arbeitgeber und seinen Angehörigen wirtschaftlich und sozial gleichgestellt wäre, und es könne sich deshalb nicht um ein familienhaftes Zusammenleben handeln. Diese Bemerkung atmet indischen Kastengeist. Es kommt aber darauf nicht an. Das Verhältnis des Mädchens zur Familie des Klägers hat sich freilich nicht „plötzlich", aber doch allmählich tatsächlich gewandelt. Die Kinder sind älter, die Dienste des Mädchens entbehrlich, die Vermögenslage der Familie dürftiger und für die Haltung eines Dienstboten oder einer Stütze der Hausfrau unzulänglich geworden. Nur unter dem Zwange der Verhältnisse, weil eine Rückkehr des Mädchens in die indische Heimat bisher nicht zu ermöglichen war, hat man sie aus milder, wohlwollender Gesinnung in der gewohnten Umgebung der Familie belassen und ihr den notdürftigsten Unterhalt gewährt, und nichts ist natürlicher, als daß anderseits auch das Mädchen sich in der gewohnten Weise im Haushalt nützlich macht. Die Leistungen von der einen wie von der anderen Seite haben nur mehr den gleichen inneren Grund: den Zwang der veränderten Verhältnisse; aber sie stehen sich nicht als Leistung und Gegenleistung gegenüber. Der Unterhalt wird nicht um der Dienste willen und die Dienste werden nicht zur Abgeltung des Unterhalts gewährt. Deshalb liegt eine Beschäftigung „gegen Entgelt", wie sie § 165 RVO. voraussetzt, nicht vor.

Auch steuerfreie Teuerungszulagen gehören zum Einkommen im Sinne des § 17 Abs. 2 Wochenhilfegesetz.

(Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 1. Juni 1920 (2596 Amtl. Nachr. 1920 S. 404.)

Nach § 23 des Gesetzes vom 26. September 1919 ist bei Streit über die Leistungen der Wochenfürsorge zwischen dem Empfangsberechtigten und der Kasse im Spruchverfahren der Krankenversicherung zu entscheiden. Das Oberversicherungsamt entscheidet hierbei jedoch endgültig. Der § 1693 RVO. gilt entsprechend. Hiernach, und da das Reichsversicherungsamt zu der hier zu entscheidenden Frage, was unter Einkommen in § 17 Abs. 2 a. a. O. zu verstehen ist, und ob darunter insbesondere auch steuerfreies Einkommen fällt, noch nicht grundsätzlich Stellung genommen hat, war die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt zulässig.

Die Wochenfürsorge ist nach § 17 Abs. 1 des erwähnten Gesetzes nur minderbemittelten Wöchnerinnen zu gewähren. Als minderbemittelt gilt eine verheiratete Wöchnerin nach § 17 Abs. 2 dann, wenn ihres Ehemannes und ihr Gesamteinkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung den Betrag von 2500 ℳ nicht überstiegen hat. Da die Klägerin selbst vermögenslos ist und kein Einkommen hat, kommt es lediglich darauf an, ob das Gesamteinkommen ihres Ehemannes in der maßgebenden Zeit über die gesetzlich festgelegte Einkommensgrenze hinausgegangen ist. Der Begriff des Einkommens ist in § 17 Abs. 2 nicht näher umschrieben worden. Er ist deshalb nach allgemeiner Rechtsanschauung und dem Sprachgebrauche festzustellen. Danach gehören zu dem während eines bestimmten Zeitraumes erzielten Einkommen alle geldwerten Einkünfte, die einer Person in dieser Zeit tatsächlich zugeflossen sind. Dafür, daß der Einkommensbegriff in diesem weiten Sinne zu verstehen ist, spricht auch die Wortfassung des Gesetzes. Denn in § 17 Abs. 2 ist nicht vom Einkommen schlechthin die Rede, sondern von dem „Gesamt"einkommen, und dieser Ausdruck wird auch dann gebraucht, wenn, wie im Falle des § 17 Abs. 2 Nr. 2, nur das Einkommen einer einzelnen Person festzustellen ist. Demnach sind auch solche Bareinnahmen, die nach den maßgebenden Steuergesetzen steuerfrei bleiben, dem Einkommen zuzurechnen. Sollten steuerfreie Einkünfte bei Berechnung des Einkommens im Sinne dieser Vorschrift nicht berücksichtigt werden, so hätte es einer entsprechenden besonderen Vorschrift bedurft. Eine derartige einschränkende Bestimmung enthält das Gesetz aber nicht. Auch der Hinweis in § 17 Abs. 2 des Gesetzes auf das „Steuerjahr" rechtfertigt nicht die Annahme, daß das Einkommen im Sinne dieser Vorschrift nach steuerlichen Grundsätzen zu ermitteln ist. Denn hierdurch sollte lediglich klargestellt werden, daß der Einkommensberechnung zeitlich neben dem Kalenderjahr auch das Steuerjahr vor der Entbindung zugrunde gelegt werden kann. Gehören hiernach zum Gesamteinkommen die in der maßgebenden Zeit tatsächlich erzielten Einnahmen, so ist es für die Berechnung des Einkommens bedeutungslos, daß, worauf die Klägerin noch hinweist, ihr Ehemann keinen Rechtsanspruch auf Zahlung der Teuerungszulagen gehabt habe, und daß diese Beiträge bei Feststellung seines pensionsfähigen Diensteinkommens später nicht zu berücksichtigen sein würden. Unerheblich ist auch, daß die Teuerungszulage nur als vorübergehende Wirtschaftsbeihilfe gewährt worden ist. Nach alledem ist festzustellen, daß das Einkommen des Ehemannes der Klägerin in der maßgebenden Zeit 2500 ℳ überschritten hat. Die Einkommensgrenze ist inzwischen durch das Gesetz vom 30. April 1920, betreffend Änderung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919, RGBl. 1920 S. 853, auf 4000 ℳ erhöht worden (zu vgl. § 9 a. a. O.). Diese Vorschrift kann zugunsten der Klägerin jedoch schon deshalb nicht angewendet werden, weil dem Abänderungsgesetze rückwirkende Kraft für Entbindungen vor dem 7. Mai 1920 (dem Zeitpunkt seines Inkrafttretens) nicht beigelegt ist. Vorliegend bewendet es somit bei der Einkommensgrenze von 2500 ℳ. Da die Klägerin hiernach nicht als minderbemittelte Wöchnerin anzusehen ist, steht ihr ein Anspruch auf Wochenfürsorge nicht zu.

Kein Ersatzanspruch der Krankenkasse aus Vollrente, wenn der Verletzte nur Anspruch auf Teilrente hat.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 16. Juni 1920 (2597 Amtl. Nachr. 1920 S. 405).

Es fragt sich in erster Linie, ob das Verfahren der Vorinstanzen deshalb zu beanstanden ist, weil in beiden Instanzen ohne Zuziehung des Verletzten entschieden worden ist. Der Verletzte S. mußte zum Verfahren hinzugezogen werden, wenn er am Rechtsstreit beteiligt ist, worüber das materielle Recht entscheidet. Es handelt sich hier um einen Ersatzanspruch für Krankengeld, das dem Verletzten von der Klägerin (Krankenkasse) gezahlt worden ist. Für Krankengeld kann aber gemäß § 1505 RVO. nicht aus dem Vermögen der Berufsgenossenschaft, sondern nur aus der Unfallrente Ersatz beansprucht werden. Es wird also eine Leistung in Anspruch genommen, die an sich dem Verletzten zustehen würde. Ein solcher Ersatzanspruch kann aber nicht ohne Zustimmung des Rentenberechtigten oder eine diese ersetzende rechtskräftige Entscheidung mit Wirkung gegenüber dem Rentenberechtigten befriedigt werden. Wie schon in der Rev. Entsch. 1882 (Amtl. Nachr. 1914 S. 647) für den entsprechenden Fall des § 1522 Abs. 3 RVO. grundsätzlich ausgesprochen ist, ist also der Rentenberechtigte an einem

Rechtsstreit beteiligt, in dem ein Ersatzanspruch auf Befriedigung aus einer ihm zustehenden Rente geltend gemacht wird.

Nun handelt es sich allerdings in dem vorliegenden Falle nicht um einen Teil derjenigen Rente, die der Verletzte zur Zeit der Unterstützung auf Grund des Bescheids vom 28. Dezember 1912 und der Entscheidung des Oberversicherungsamts vom 31. Januar 1913 bezog, nämlich der Teilrente von 25 v. H. Die Hälfte des auf die fragliche Zeit entfallenden Betrages dieser Teilrente ist der Klägerin schon erstattet worden. Vielmehr verlangt die Klägerin die Hälfte der Vollrente für jene Zeit, und leitet diesen Anspruch nicht daraus her, daß S. für jene Zeit die Vollrente zu verlangen hätte, sondern glaubt, daß sie gemäß § 584 RVO. der Berechnung ihres Ersatzanspruchs ohne weiteres den Betrag der Vollrente zugrunde legen dürfe, obwohl S. selbst einen Anspruch auf die Vollrente nicht geltend machen könne. Bei dieser Auslegung wäre allerdings S. an dem vorliegenden Ersatzstreit nicht beteiligt. Es ist daher die Bedeutung des § 584 und seine Wirkung auf die Ersatzforderungen der Krankenkassen zu prüfen.

Der § 584 stellt die Rechtsvermutung auf, daß der Verletzte, wenn die Berufsgenossenschaft zu einer Zeit, für die sie nach § 558 entschädigungspflichtig ist, die Fürsorge für ihn nicht übernommen hat, und ihm für solche Zeit die Krankenkasse Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt hat, für diese Zeit als völlig erwerbsunfähig gilt. Wie der Große Senat des Reichsversicherungsamts in der Entscheidung 2691 (Amtl. Nachr. 1914 S. 417) ausgesprochen und ausführlich, insbesondere an der Hand der Entstehungsgeschichte des Gesetzes, begründet hat, bezieht sich diese Rechtsvermutung nicht nur auf die Beziehungen zwischen Krankenkasse und Berufsgenossenschaft, sondern ebensowohl und in erster Linie auf die Ansprüche des Verletzten selbst gegenüber der Berufsgenossenschaft. Es handelt sich demnach nicht um eine Sondervorschrift zugunsten der Krankenkassen, sondern es wird lediglich der Berufsgenossenschaft die Einwendung abgeschnitten, daß der Verletzte nicht voll erwerbsunfähig gewesen sei. Sie kann also gegenüber dem Anspruch des Verletzten auf die Vollrente für die fragliche Zeit nicht die Erwerbsunfähigkeit bestreiten, und sie kann gegenüber dem Ersatzanspruche der Krankenkasse nicht geltend machen, die Voraussetzungen für die Krankenhilfe hätten nicht vorgelegen. Aus dieser Bedeutung des § 584 ergibt sich, daß er nicht etwa eine Ausnahme von der in § 1505 RVO. ausgesprochenen Regel vorschreibt, nach der in den dort bezeichneten Fällen ein Ersatz lediglich aus der dem Verletzten zustehenden Unfallrente beansprucht werden kann. Daraus folgt aber weiterhin, daß Ersatz aus einer höheren Rente als der für den Verletzten laufenden Entschädigung nur dann gefordert werden kann, wenn dem Verletzten selbst ein Anspruch auf Erhöhung seiner Unfallrente für den gleichen Zeitraum zusteht, und ferner, daß der Verletzte an einem diese Fragen betreffenden Rechtsstreit beteiligt und daher zu dem Verfahren zuzuziehen ist. Dies ist von den Vorinstanzen verkannt, und aus diesem Grunde waren die Vorentscheidungen aufzuheben und die Sache an das Versicherungsamt zurückzuverweisen.

C. Zur Unfallversicherung.

Verneinung eines Betriebsunfalles wegen schuldhaften Verhaltens.

Rek. Entsch. des Reichsversicherungsamts (6. Senats) vom 4. Juni 1920.

Die Ermittlungen des Reichsversicherungsamts haben ergeben, daß die Klägerin das Mehl für den Haushalt des Vaters in dessen Auftrage geholt hat, und daß es zum Brotbacken bestimmt war. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß das Brotbacken im vorliegenden Falle als hauswirtschaftliche Verrichtung anzusehen ist. Gleichwohl war aber die Klägerin auf dem Wege, auf dem ihr der Unfall zugestoßen ist, versichert, da sie in dem landwirtschaftlichen Betriebe ihres Vaters lediglich Gehilfin, also Arbeiterin gewesen ist, und die Versicherung sich gemäß § 924 RVO. auch auf häusliche Dienste erstreckt, zu denen Versicherte, die hauptsächlich im Betriebe beschäftigt sind, von dem Unternehmer herangezogen werden.

Dennoch ist der klägerische Anspruch unbegründet. Nicht ohne weiteres ist jeder Unfall, von dem ein Versicherter auf solchem Wege betroffen wird, schon deshalb als entschädigungspflichtiger Unfall anzusehen, weil der Weg dem versicherten Betriebe zuzurechnen ist. Wenn sich der Versicherte hierbei durch eigenes schuldhaftes Verhalten, insbesondere infolge von Spielerei Gefahren aussetzt, die mit dem Betriebe nichts zu tun haben, und hierbei verunglückt, so hat er das, von Ausnahmefällen abgesehen, nicht dem Betriebe, sondern seinem unsachgemäßen Verhalten zuzuschreiben, für dessen Folgen die Berufsgenossenschaft nicht aufzukommen hat. Dies ist hier der Fall. Die Verletzte war zur Zeit des Unfalls 21½ Jahre alt. Nach ihren eigenen Angaben hielt sie die Fahrt auf der abschüssigen Straße auf dem kleinen, zum Mehlholen bestimmten Wagen für gefährlich. Gleichwohl ließ sie sich aber trotz ihres Alters und trotz der erkannten Gefahr von einem zwölfjährigen Nachbarsjungen überreden, sich auf den Wagen zu setzen und die Führung des Wagens auf der abfallenden Straße dem zwölfjährigen Jungen zu überlassen. Damit ist die ordnungs-

mäßige Führung des Wagens unterlassen worden, mag es auch sonst in der dortigen Gegend ortsüblich sein, daß die Bewohner sich auf abfallenden Straßen auf die Wagen setzen und diese hinablaufen lassen. Jedenfalls hat dem Wagen die sachverständige Führung gefehlt und war ihm auch die hemmende Einwirkung eines Ziehenden oder Schiebenden benommen worden. Wenn Kinder solche Fahrten auf einem Betriebsweg unternehmen, so ist dies bei ihnen allenfalls noch entschuldbar, weil bei ihnen die Neigung zum Spielen von Natur besteht. Wenn sich aber Erwachsene von Kindern trotz Kenntnis der Gefahr dazu überreden lassen, so begeben sie sich in Ausübung eines Spielbetriebes in einen Gefahrenbereich, welcher mit der Betriebstätigkeit in keinem ursächlichen Zusammenhang steht.

Unfall auf dem Wege zur Einnahme des Mittagessens — ausnahmsweise Betriebsunfall.

Ref. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 1. Juli 1920 (3047 Amtl. Nachr. 1920 S. 387).

Der Hausdiener K. in Berlin erlitt am 12. März 1919, als er sich während eines Geschäftsganges zur Einnahme des Mittagessens in seine in der Nähe belegene Wohnung begeben wollte, dadurch einen Unfall, daß er durch ein abirrendes Geschoß am rechten Arm getroffen wurde. Die Berufsgenossenschaft hat die Entschädigung abgelehnt, weil der Unfall sich auf dem nicht in die Versicherung fallenden Heimweg ereignet habe. Auf die Berufung des Klägers hat das Oberversicherungsamt die Berufsgenossenschaft zur Entschädigungsleistung verurteilt. Der von der Berufsgenossenschaft eingelegte Rekurs ist zurückgewiesen worden. — Gründe:

Die Beklagte hat den Anspruch abgelehnt mit der Begründung, daß der Unfall eingetreten sei, als der Kläger sich auf dem Wege von seiner Arbeit nach seiner Wohnung befunden habe, und daß nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts Unfälle, die versicherten Personen auf dem Wege zu oder von der Arbeitsstätte zustießen, in der Regel nicht entschädigungspflichtig seien. Allerdings hat das Reichsversicherungsamt an dieser Rechtsprechung dauernd festgehalten (zu vgl. Handb. der Unfallvers. III. Aufl. Bd. I S. 109 Anm. 51 zu § 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes). Dabei ist aber, soweit der Heimweg in Frage kam, der Gedanke maßgebend gewesen, daß die versicherte Person ihre Arbeit erledigt hatte und die Tätigkeit im Betriebe beendet war. Um einen solchen Fall handelt es sich hier nicht. Wie die vom Oberversicherungsamte noch angestellten Ermittlungen ergeben haben, war der Kläger sogenannter „laufender" Hausdiener. Seine Tätigkeit bestand im wesentlichen darin, für den Betrieb innerhalb Groß-Berlins Geschäftsgänge auszuführen. Am Unfalltage, dem 12. März 1919, hatte er sich vom Geschäft in Berlin, Köllnischer Fischmarkt nach der Möckernstraße, dann nach Neukölln, Wildenbruchplatz und Stuttgarter Straße und von da wieder nach Berlin, Waldemarstraße über Michaelkirchplatz, Markusstraße bis zum Andreasplatz zu begeben. Es war ihm gestattet, ohne daß eine bestimmte Tischzeit für ihn festgesetzt war, während des Geschäftsganges sich in seine in der Koppenstraße belegene Wohnung zur Einnahme seines Mittagessens zu begeben. Als er am Unfalltage gegen 2 Uhr nachmittags von dieser Erlaubnis Gebrauch machen und in seine Wohnung gehen wollte, erlitt er den Unfall. Er ist verunglückt, bevor er alle ihm übertragenen Geschäftsgänge erledigt hatte. Bei dieser Sachlage ist der vorliegende Fall ebenso zu beurteilen wie jene, in denen eine versicherte Person sich auf einem Geschäftsgange befindet und dabei vorübergehend zur Befriedigung leiblicher Bedürfnisse ein Wirtshaus besucht. In einem solchen Falle tritt eine Loslösung von dem versicherten Betriebe nicht ein, wofern nicht der Versicherte durch den Besuch des Wirtshauses den Geschäftsgang ungebührlich verzögert oder sich einer erhöhten Gefahr aussetzt. Es liegt kein Grund vor, die Sache hier anders zu beurteilen, weil der Kläger statt eines Wirtshauses seine Wohnung vorübergehend aufsuchen wollte. Eine ungebührliche Verzögerung des Geschäftsganges ist dadurch nicht herbeigeführt worden, und daß dadurch keine erhöhte Gefahr eingetreten ist, gibt die Beklagte selbst zu. Ist hiernach davon auszugehen, daß der Kläger auch auf dem Wege zu seiner Wohnung versichert war, so hat er auch für den ihm dabei zugestoßenen Unfall Anspruch auf Entschädigung gegen die Beklagte. Diese ist deshalb von dem Oberversicherungsamte mit Recht zur Entschädigungsleistung verurteilt worden.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Verbandstag der deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften.

Die diesjährige Tagung fand am 13. und 14. Oktober 1920 in Bamberg statt. Den Vorsitz führte Oberregierungsrat Dr. Speidel-Bayreuth. Als Vertreter des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften war dessen Syndikus Dr. Ostern-Hannover erschienen. Aus den Verhandlungen heben wir die drei Punkte hervor, über die Entschließungen gefaßt wurden.

1. Im Anschluß an den vom Verbandssyndikus Landesrat Schrader-Kassel erstatteten Geschäfts-

bericht wurde folgende Entschließung gefaßt: „Der Verbandstag empfindet es als einen großen Mangel, daß eine Reihe von Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, in denen für die **Berechnung der Unfallrenten und für die Zwangsversicherung der kleinen landwirtschaftlichen Betriebsunternehmer und der Betriebsbeamten** wichtige zahlenmäßige Grenzen festgesetzt sind, trotz der großen Geldentwertung immer noch nicht geändert ist. Außerdem müssen die für die Berechnung der Renten der verunglückten landwirtschaftlichen Arbeiter und Unternehmer maßgebenden durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste neu festgesetzt werden, um zu angemessenen Rentenhöhen zu kommen. — Der Verbandstag richtet die dringende Bitte an die Reichsregierung, die erforderlichen Gesetzesänderungen entsprechend den seit Beginn des Jahres 1920 vom Ständigen Ausschuß des Verbandes wiederholt gemachten Vorschlägen im Wege eines Notgesetzes baldigst herbeizuführen."

2. Landesrat Dr. **Stahl**-Münster erstattete einen inhaltsreichen Bericht über „**Das Verhältnis der Ärzte zu den Berufsgenossenschaften**", auf den hin der Verbandstag folgende Entschließung annahm: „Der Verbandstag hat anläßlich der an manchen Orten des Reiches in letzter Zeit aufgetretenen Schwierigkeiten zwischen Ärzten und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften die beiderseitigen Beziehungen einer grundsätzlichen Erörterung unterzogen. Der Verbandstag hält die Bestrebungen der Ärzte auf eine Anpassung der ärztlichen Gebühren an die bestehende Teuerung für berechtigt. Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften erwarten aber, daß die Ärzte ihre bereite Mitarbeit zur Durchführung der Unfallversicherung nicht versagen und der Eigenschaft der Berufsgenossenschaften als Träger einer staatlichen, dem allgemeinen Volkswohl dienenden Versicherungseinrichtung und ihrer infolge der allgemeinen wirtschaftlichen Lage beschränkten Leistungsfähigkeit Rechnung tragen. Nur wenn die Ärzte diesen Anforderungen verständnisvoll entgegenkommen, werden sich die gegenseitigen Beziehungen auch künftig zur Befriedigung regeln lassen. Die Grundlage für Vereinbarungen können nur die staatlichen Gebührenordnungen bilden. Auch müssen die Ärzte die gesetzlich verbrieften Ansprüche der Berufsgenossenschaften auf ärztliche Auskunft und Überwachung und Ausgestaltung der Heilfürsorge achten. Die Berufsgenossenschaften legen Wert darauf, ihr Verhältnis zu den Ärzten im Wege freier, auf gegenseitiger Verständigung beruhender Übereinkunft zu regeln. Sie stehen Bestrebungen auf zwangsweise Eingliederung des Ärztestandes in die Sozialversicherung fern, solange die Interessen und Bedürfnisse der Berufsgenossenschaften bei den Ärzten gebührende Berücksichtigung finden."

3. Über die „**Einrichtung gemischter Entschädigungsfeststellungs-Kommissionen**" berichtete der Verbandssyndikus und Verwaltungsdirektor **Hartleben**-Braunschweig. Folgende Entschließung wurde einstimmig vom Verbandstag angenommen: „Der Verbandstag der deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in Bamberg wendet sich mit aller Entschiedenheit gegen alle Bestrebungen, aus der Sozialversicherung Deutschlands in Zukunft die Berufsgenossenschaften auszuschalten, sie zur Bedeutungslosigkeit herabzudrücken oder ihre Selbständigkeit anzutasten. — Obwohl der Verbandstag einen sachlichen Grund zur Änderung des Entschädigungsfeststellungsverfahrens nicht anzuerkennen vermag, empfiehlt er im Interesse des sozialen Friedens den Berufsgenossenschaften, Vertreter der Versicherten zur Mitwirkung bei der Feststellung heranzuziehen und die hierfür erforderlichen Satzungsänderungen ungesäumt in die Wege zu leiten, um den Versicherten Gelegenheit zu geben, sich durch praktische Mitarbeit von der Sachlichkeit und Angemessenheit der berufsgenossenschaftlichen Entschädigungsfeststellung zu überzeugen."

Zur wirtschaftlichen Lage der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Von dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte geht uns folgende Zuschrift zu:

„In letzter Zeit finden sich in der Tages- und Fachpresse häufig Angriffe gegen die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, weil die letzte Bilanz einen hohen Kursverlust ausweise. Auf Grund dieser Tatsachen wird u. a. behauptet, »daß es in der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte eine geordnete Verwaltung, die den für sie bestehenden gesetzlichen Vorschriften entspreche, überhaupt nicht gebe; das Direktorium habe in fahrlässiger Weise während der Kriegsjahre gewirtschaftet; es sei nämlich fast das gesamte Vermögen in Anleihen des Reiches und der Bundesstaaten angelegt; hieraus habe sich der ungeheure Kursverlust ergeben, um den die versicherten Angestellten geschädigt seien«. Richtig an dieser Behauptung ist nur, daß die Reichsversicherungsanstalt während des Krieges die ihr neu zufließenden Mittel fast ausschließlich in Kriegsanleihen angelegt hat, und daß ihr hieraus im wesentlichen der in der Bilanz ausgewiesene große Kursverlust entstanden ist.

Völlig unberechtigt und unbegründet ist aber der Vorwurf, das Direktorium habe ungesetzlich und fahrlässig gehandelt. Das Direktorium weist diesen Vorwurf auf das schärfste und mit allem Nachdruck zurück.

Wenn die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in bedeutendem Ausmaße, entsprechend ihren großen Mitteln, Kriegsanleihe gezeichnet hat, so hat sie damit nicht anders gehandelt wie wohl alle übrigen Träger der Sozialversicherung und wie zahlreiche private Lebensversicherungsgesellschaften. Sie hat hierbei, wie diese, dem Vaterland dienen wollen, mit dem sie sich auf Gedeih und Verderben verbunden fühlte, und sie ist hierbei durchaus nach den gesetzlichen Vorschriften und im Sinne ordnungsmäßiger Verwaltung verfahren, da es sich hierbei um eine mündelsichere und gut verzinsliche Anlage handelte. Gerade die gute Verzinsung mußte ihr sehr willkommen sein, da ihr die Anrechnung der Kriegsdienstzeiten als Beitragsmonate neue Lasten auferlegte, deren Ausmaß sich nicht völlig übersehen ließ und denen keine Beitragsleistung gegenüberstand, so daß die Vorsicht gebot, in guter Verzinsung einen gewissen Ausgleich hierfür zu finden.

Im übrigen ist der Kursverlust für die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nur ein buchmäßiger, der voraussichtlich nicht in praktische Erscheinung tritt, da die Reichsversicherungsanstalt diese Daueranlagen nicht zu veräußern braucht. Aus dieser Erwägung heraus ist dann auch seitens der Reichsregierung den gemeinnützigen Unternehmungen zugestanden worden, die Schuldbuchforderungen aus Kriegsanleihe nach dem letzten Bilanzwert einzusetzen. Die Reichsversicherungsanstalt hat aber von dieser Erlaubnis keinen Gebrauch gemacht, vielmehr die Kriegsanleihe zum Kurswert eingestellt.

Für die Versicherten besteht also kein Anlaß zu einer Beunruhigung wegen des Kursverlustes. Dies um so weniger, als die kürzlich erstmalig aufgestellte versicherungstechnische Bilanz der Reichsversicherungsanstalt für die geltenden Leistungen und Beiträge einen versicherungstechnischen Überschuß von rund 1,8 Milliarden Mark ergibt, wobei der Kursverlust und die gesamte, aus der Anrechnung der Kriegsdienstzeiten als Beitragsmonate sich ergebende Belastung einbezogen und ein Zinsfuß von nur 3½ v. H. zugrunde gelegt ist.

Fernunterricht zur Vorbereitung auf den mittleren Verwaltungsdienst in Bayern.

Die Bayerische Gemeindebeamtenkammer, Geschäftsabteilung Bildungswesen, in München, Wittelsbacher Platz 1, gibt zur Vorbereitung auf die Prüfung für den mittleren bayerischen Verwaltungsdienst einen dreijährigen Fernunterricht. Innerhalb dieses Unterrichts wird auch das Versicherungswesen behandelt. Ferner wird die Verwaltungstechnik, die Staatsbürgerkunde, die Grundbegriffe der Volkswirtschaft in den Unterricht einbezogen. Der Fernunterricht ist bedingt auch den Krankenkassenbeamten zugänglich.

Aus der uns vorliegenden „Ordnung für den Fernunterricht" vom 15. September 1920 teilen wir folgendes mit:

1. Der Zweck des Fernunterrichts ist: a) die Erweiterung und Förderung der staatsbürgerlichen Erziehung der mittleren Verwaltungsbeamten, b) das Verständnis für die behördliche Verwaltungstechnik zu wecken und zu fördern, c) in die Grundbegriffe der Volkswirtschaft einzuführen und als Hauptaufgabe: d) die Vorbereitung auf die Prüfung für den mittleren Verwaltungsdienst durch Bearbeitung des gesamten Verwaltungs- und Verwaltungsrechtsgebietes der Gemeinden, Bezirke und Bezirksämter unter besonderer Berücksichtigung der gesamten Finanz- und Vermögensverwaltung der Gemeinden und Bezirke, einschließlich des Sparkassen- und Steuerwesens. — Im gesamten ist der Fernunterricht darauf eingestellt, zur selbständigen, entwicklungsfähigen Betätigung anzuleiten und den Anstellungsbehörden wirkliche Mitarbeiter zu erziehen.

2. Der Fernunterricht dauert drei Jahre. Jeder Jahrgang beginnt regelmäßig am 1. Oktober jeden Jahres und dauert zehn Monate. Der Fernunterricht steht unter der berufsmäßigen Leitung eines Fachmannes, dem praktische Verwaltungsbeamte als Referenten und Lehrer beigegeben sind. Die für die genannte Prüfung geltenden staatlichen Vorschriften bilden die allgemeine Grundlage des Fernunterrichts.

3. Die Zulassung zur Prüfung setzt die erfolgreiche Teilnahme an dem ganzen dreijährigen Fernunterricht voraus. (Der Besuch eines anderen Vorbereitungskurses ersetzt diese Zulassungsbedingung nur dann, wenn die zuständige Stelle diese Einrichtung als gleichwertig anerkannt hat.)

4. Zugelassen werden die im mittleren Staats- und Gemeindeverwaltungsdienste stehenden Beamten. (Beamte der Stadt- und Landgemeinden, Bezirksgemeinden und Bezirksämter.) Im übrigen steht die Teilnahme auch allen anderen im Zentralverbande der Gemeindebeamten Bayerns zusammengeschlossenen Beamten der Bezirke und Gemeinden offen, soweit die Rücksichtnahme auf den Zweck des Unterrichts (Ziffer 1) dies gestattet. Der Fernunterricht eignet sich auch bedingt für die ehrenamtlichen Bürgermeister zur Einführung in ihr Amt und für Beamte der Krankenkassen.

5. Die Anmeldungen zur Zulassung sind zu dem bestimmten Termin an die Geschäftsabteilung einzureichen. Die eingereichte Anmeldung ist bindend und verpflichtet zur Teilnahme an den drei Jahrgängen. Die Zulassung zum 2. oder 3. Jahrgang setzt regelmäßig den erfolgreichen Besuch der vorausgegangenen Unterrichtsjahre voraus. Ausnahmen sind nur in ganz besonderen Fällen möglich, ohne daß aber dadurch eine frühere Anwartschaft auf die Zulassung zur Prüfung begründet wird.

6. Die zugelassenen Teilnehmer erhalten vom Beginn des Unterrichts ab die zum Studium und zu den praktischen Übungen notwendigen Hilfsmittel Zug um Zug mit dem Fortgange des Unterrichts behändigt.

Jeder Teilnehmer hat das jeweils bestimmte Unterrichtsgeld (zur Zeit 10 M monatlich für Zentralverbandsmitglieder oder 15 M für Nichtmitglieder) zu bezahlen. Das Unterrichtsgeld ist durch die Anmeldung zum Fernunterricht im gesamten für alle drei Jahrgänge fällig und in Monatsraten zahlbar. Die Monatsraten sind vorauszahlbar und bis spätestens 15. jeden Monats zu entrichten.

Der Zweck des Fernunterrichts wird erreicht durch die Bearbeitung der in sieben- oder zehntägigen Fristen zur Ausgabe gelangenden schriftlichen Aufgaben und Darlegungen. Jeder Teilnehmer ist verpflichtet, die ihm zugehenden Hilfsmittel zu studieren, die Aufgaben zu bearbeiten und die jeweils zu der Bearbeitung gemachten besonderen Darlegungen zu beachten. Innerhalb des bestimmten Termins ist die Bearbeitung der Aufgabe an den Lehrer portofrei einzusenden und ein adressierter und frankierter Briefumschlag zur Rücksendung beizulegen. Jeder Teilnehmer ist zur Fragestellung innerhalb des Gebietes der jeweils gestellten Aufgabe berechtigt. Nicht rechtzeitig eingelieferte Bearbeitungen haben keinen Anspruch auf Beurteilung. Der Lehrer ist befugt, Einsendungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, zurückzuweisen.

Der Lehrer prüft die Arbeiten und schickt sie mit seinem Befunde und der Bewertung innerhalb 10 bis 14 Tagen an den Teilnehmer zurück; er ist berechtigt, Arbeiten, die nicht entsprechen, zur Umarbeitung zurückzugeben. Musterlösungen werden nach Bedarf beigegeben. —

Näheres teilt auf Befragen die im Eingange bezeichnete Geschäftsabteilung mit. Es wird von Interesse sein, zu erfahren, wie diese, unseres Wissens auf diesem Gebiete neue Methode des Unterrichts sich bewähren wird.

Das deutsch-österreichische Gesetz betreffend die Pensionsversicherung von Angestellten vom 23. Juli 1920

schafft eine Änderung des bisherigen Rechtszustandes. Es kennt 16 Gehaltsklassen; der geringste Jahresbezug beträgt 600 Kr. Die monatlichen Beiträge schwanken je nach der Gehaltshöhe zwischen 6 Kr. und 180 Kr. Von diesen Prämien fallen dem Dienstgeber zwei Drittel, dem Versicherten ein Drittel zur Last; bei anrechenbaren Bezügen von mehr als 40 000 Kr. haben Dienstgeber und Versicherte je die Hälfte zu leisten. Aus der Versicherung fließen u. a. folgende Rechte: eine Rente im Falle der Erwerbsunfähigkeit oder des Alters; eine Rente für die

Witwe; Erziehungsbeiträge für die Kinder; eine einmalige Abfertigung der Witwe, bzw. der Kinder oder der Mutter. Der Anspruch auf die Rente steht auch, wenn eine anspruchsberechtigte Witwe nicht vorhanden ist, der Lebensgefährtin zu, die durch mindestens zwei Jahre unmittelbar vor dem Tode des Versicherten mit diesem einen gemeinsamen Haushalt führte. Auch der Vater, die Großeltern und die elternlosen Geschwister des Versicherten können unter bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen Ansprüche geltend machen. Die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes tritt bei Männern mit dem vollendeten 60. Lebensjahr und bei Frauen mit dem vollendeten 55. Lebensjahre ein, wenn sie in keinem versicherungspflichtigen Dienstverhältnisse stehen. Der Grundbetrag der Jahresrente beläuft sich auf fünf Achtzehntel der bis zum Ablauf der Wartezeit fällig gewordenen Prämien, vermehrt um den festen Betrag von 500 Kr., mindestens aber auf drei Achtel dieser Prämien. Tritt die Erwerbsunfähigkeit infolge eines Unfalles vor Zurücklegung der Wartezeit ein, so sind der Bemessung die in den letzten 60 Monaten der Versicherungspflicht fällig gewordenen Prämien zugrunde zu legen; die an der Zahl von 60 Monaten fehlenden Monate werden als in jener Gehaltsklasse zurückgelegt betrachtet, welche der Versicherte im Zeitpunkte des Unfalles innehatte. Wenn die Erwerbsunfähigkeit nach Ablauf der Wartezeit eintritt, gebührt als Invaliditätsrente eine Jahresrente im Ausmaße des Grundbetrages, vermehrt um den Steigerungsbetrag. Befindet sich der Versicherte in einem Zustande, daß er ständig der Hilfe eines Mitmenschen bedarf, so erhält er einen Jahreszuschuß in der Höhe des Grundbetrages, höchstens aber von 1600 Kr. Der jährliche Erziehungsbeitrag beläuft sich für jedes Kind auf ein Drittel des Grundbetrages; doch darf die Summe aller Erziehungsbeiträge, solange die Mutter im Genuß einer Witwenrente steht, 75 v. H., sonst 100 v. H. jener Anwartschaft, bzw. Rente nicht übersteigen, die der versicherte Elternteil im Zeitpunkte des Ablebens erworben oder bezogen hat. Einer Person weiblichen Geschlechts, die binnen zwei Jahren nach Austritt aus der Versicherung eine Ehe eingeht oder innerhalb zweier Jahre nach Eingehung einer Ehe aus der Versicherung scheidet, ist die Rückerstattung auf 100 v. H. der tatsächlich gezahlten Prämien zu ergänzen. An Stelle der Rückerstattungen kann die Versicherte den Bezug einer sofort beginnenden Leibrente beziehen, wenn der ganze zurückzuerstattende Betrag als Deckungskapital zur Gewährung einer Rente von jährlich mindestens 240 Kr. ausreicht. Die Rückerstattungsansprüche eines Versicherten erlöschen nach einer Frist von drei Jahren, wenn sie bis zu diesem Zeitpunkte nicht erhoben worden sind; eine fernere Unmöglichkeit der Rückerstattung liegt vor beim Wiedereintritt in die Versicherungspflicht. — Der Vorstand der Pensionsanstalt besteht aus dem Präsidenten und 14 Mitgliedern, von denen je die Hälfte der Gruppe der Dienstgeber und der Versicherten anzugehören hat. Zur Bestreitung der Gehälter der leitenden Beamten der Pensionsanstalt und deren Landesstellen leistet der Staat einen jährlichen Beitrag bis zu 100 000 Kr. Für Versicherungszwecke gibt der Staat Zuschüsse, die im Jahre 1920 mit 20 000 Kr. beginnen, bis 1934 von Jahr zu Jahr steigen und nach diesem Zeitpunkte jährlich 500 000 Kr. betragen. — In der Regel müssen alle versicherungspflichtigen Angestellten desselben Betriebes bei einem und demselben Versicherungsträger versichert sein, doch können bestimmte Kategorien von Angestellten eines Betriebes, dessen übrige Angestellte bei einem Ersatzinstitut versichert sind, mit Zustimmung beider Versicherungsträger und gegebenenfalls des Betriebsrates bei der Pensionsanstalt versichert werden. („Soziale Praxis" 29, Sp. 1194.)

Bayerisches Arbeitermuseum München.

Eine ruhige, durch die politischen Ereignisse nur wenig beeinflußte Entwicklung konnte das Bayerische Arbeitermuseum (Staatl. Soziales Landesmuseum) auch im Jahre 1919 nehmen. Die Sammlungen konnten selbst während der unruhigsten Zeit offengehalten werden. Der Besuch blieb nach dem Jahresbericht von 1919 hinter den Friedensziffern zurück, betrug aber immerhin über 6500 Personen. Die städtischen Volks- und Fortbildungsschulen stellten außerdem erfreulicherweise wieder ein großes Kontingent. Gezählt wurden 4817 Schüler und Schülerinnen. Auch karitative und Bildungsvereinigungen fanden sich in größerer Zahl wieder ein.

Eine umfangreiche Tätigkeit entfaltete die Museumsleitung in der Organisation und Durchführung von Aufklärungsvorträgen im Hause und auf dem Lande. Ein eigenes Kapitel bilden hierbei zunächst die Aufklärungsvorträge für Erwerbslose, die anfangs schwach besucht waren, später aber großen Zulauf fanden. Um arbeitslosen Frauen und Mädchen belehrende Beschäftigung zu bieten, wurden gleichzeitig Näh- und Flickkurse durch die hauswirtschaftliche Zentrale in den Räumen des Arbeitermuseums abgehalten. Der Bericht bemerkt dazu, daß es nicht immer die fügsamsten Elemente waren, die an diesen Kursen teilnahmen; die Arbeitslehrerinnen hatten manchmal einen recht schweren Stand gegenüber den zügellosen Unbotmäßigkeiten besonders einiger junger Mädchen, die die Kurse zum Teil nur als Unterhaltung und Wärmegelegenheit auffaßten. Im Interesse des Ansehens des Museums blieb nichts übrig, als die Abhaltung weiterer derartiger Kurse in den Museumsräumen einzustellen. Ein freundliches Bild boten die vom Reichswehr-Gruppenkommando IV veranstalteten Fortbildungs- und späteren Hochschulkurse. Die 80 bis 90 Teilnehmer jeden Kurses erschienen stets vollzählig und bildeten eine überaus aufnahmefreudige Zuhörerschaft.

Eine besondere Aufgabe fiel dem Arbeitermuseum als Zentrale für volkshygienische Aufklärung zu mit der Organisation von Aufklärungsvorträgen über Geschlechtskrankheiten. Auf einen in Verbindung mit den Gewerkschaften erlassenen Aufruf liefen so zahlreiche Anmeldungen ein, daß noch im Frühjahr und Sommer des Berichtsjahres in dreißig Städten Bayerns mit Ausnahme der Pfalz Vorträge gehalten werden konnten. Für die auswärtigen sozialtechnischen Wandervorträge war das Jahr 1919 nicht gerade günstig. An Vortragsmaterial besitzt die Lichtbildersammlung des Museums zur Zeit über 2000 Negative, davon der größte Teil volks- und gewerbehygienischer Natur. Von etwa einem Drittel hiervon sind auch die Diapositive vorhanden.

Die Sammlungen des Museums haben in der hygienischen Abteilung sich nicht unbedeutend vermehrt, sie konnten aber mit Rücksicht auf die Raumfrage bis jetzt entweder gar nicht oder nur stückweise der Allgemeinheit zugute kommen. In der unfalltechnischen Abteilung bleibt die Hauptsache die Vervollständigung des während der Kriegsjahre stark gelichteten Maschinenbestandes. In diesem Zusammenhang beklagt der Bericht das Fehlen weiterer Ausstellungsräume. Gebaut kann nicht werden. Das

Ministerium für soziale Fürsorge hat sich bemüht, Räume in freigewordenen Hof- und Staatsgebäuden für die Zwecke des Arbeitermuseums zu erhalten, bisher vergeblich. Es steht zu befürchten, daß das Museum, das Ansehen in der ganzen sozialen Kulturwelt genießt, auf ein Jahrzehnt und noch länger hinaus im großen und ganzen stillstehen und damit unvermeidbar zurückgehen wird, wenn es nicht gelingt, den Ausbau des Museums durchzuführen.

Das Ministerium für Soziale Fürsorge ist im Begriffe, nach Anträgen und Vorschlägen der Museumsleitung den Beirat des Arbeiter-Museums auszubauen und auf eine breitere Grundlage zu stellen. Es soll künftig neben den bisherigen Mitgliedern eine erhöhte Zahl von Arbeitnehmern, Vertreter der Ministerien des Innern, für Unterricht und Kultus, für Handel, Industrie und Gewerbe und für Landwirtschaft, sowie besondere Vertreter der Handwerkerkammern, der Bayerischen Landesgewerbeanstalt, des Bayerischen Revisionsvereins, der Ärzteschaft und der Landesverbände für die Tuberkulosebekämpfung, für Säuglingsfürsorge und für Wohnungswesen zur Mitarbeit und Beratung gewonnen werden. Der auf solche Art erweiterte Beirat wird voraussichtlich im Herbst seine erste Sitzung abhalten können. (Münchener Neueste Nachrichten.)

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Die Antrags- und die Wiederbeitrittsfrist nach § 12 d Abs. 1 und 2 der Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge.

1. **Nach B.** Antwort: Der Zusammenhang der gesetzlichen Vorschriften, soweit sie für die Beantwortung der Zweifelsfrage in Betracht kommen, ergibt folgendes: Nach § 12a der Erwerbslosenfürsorgeverordnung hat die Gemeinde die Weiterversicherung eines Erwerbslosen bei derjenigen Kasse herbeizuführen, bei welcher der Erwerbslose auf Grund der Reichsversicherung zur Fortsetzung oder Aufrechterhaltung der Krankenversicherung berechtigt ist, also in dem Falle des § 313 RVO. bei der Kasse, welcher der Erwerbslose bis zum Ausscheiden aus seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung als Pflichtmitglied angehört hatte. Nach § 12b der Verordnung kann aber die Gemeinde mit einer anderen Krankenkasse ihres Bezirks vereinbaren, daß bei dieser Kasse alle von der Gemeinde zu unterstützenden Erwerbslosen versichert werden. Dann ist auch für den zur Weiterversicherung berechtigten Erwerbslosen (§ 313) der Regel nach nur diese Kasse zuständig und die Weiterversicherung bei der Kasse, der er bisher als Pflichtmitglied angehört hatte, ausgeschlossen. Die für ihn hierdurch möglicherweise bedingte Verschlechterung seiner Rechtslage (zu vgl. § 12b Abs. 2) kann ein Erwerbsloser, der den Voraussetzungen des § 12a genügt, nach § 12d Abs. 1 Vrdg. abwenden, wenn er binnen drei Wochen nach dem Inkrafttreten jener Vereinbarung oder nach dem späteren Beginn der Erwerbslosenunterstützung bei der Gemeinde den Antrag stellt, nach § 12a, also nicht bei der vereinbarten, sondern bei der nach § 313 RVO. zuständigen Kasse — bei seiner „früheren Kasse" — versichert zu werden. Versäumt er diese Antragsfrist, so bleibt die Versicherung bei der vereinbarten Kasse (§ 12b) solange bestehen, bis die Voraussetzung für die Versicherung durch die Gemeinde überhaupt sich erledigt, diese Versicherung also endet. Alsdann aber kann nach § 12d Abs. 2 der Erwerbslose (oder bisher Erwerbslose) „die Versicherung bei seiner früheren Kasse bei Beendigung der Versicherung nach § 12b (oder c) in gleicher Weise fortsetzen oder aufrechterhalten, wie wenn er bis dahin Mitglied der früheren Kasse gewesen wäre, sofern er binnen drei Wochen seinen Wiederbeitritt zu dieser Kasse erklärt". — Schon sprachlich können hier die Worte „binnen drei Wochen" nur mit der vorangegangenen Erwähnung der „Beendigung der Versicherung nach § 12b" in Zusammenhang gebracht werden. Das folgt aber auch aus dem Zusammenhange des Abs. 2 mit Abs. 1 des § 12d. Der Abs. 1 knüpft die Antragsfrist von drei Wochen an das Inkrafttreten der Vereinbarung (nach § 12b) oder den späteren Beginn der Erwerbslosenunterstützung, also an den Beginn der Voraussetzungen für die Versicherung nach § 12b, und in genau entsprechender Weise will Abs. 2 des § 12d dem Erwerbslosen, der die Frist beim Beginn der Versicherung nach § 12b versäumt hat, die gleiche Frist zur Nachholung des Versäumten noch nach Beendigung der Versicherung nach § 12b einräumen. Der Abs. 2 des § 12d setzt voraus, daß der Antrag nach Abs. 1 nicht rechtzeitig gestellt, aber, hiervon abgesehen, an sich zulässig war. Zulässig aber war der Antrag nur, wenn der Erwerbslose „den Voraussetzungen des § 12a genügte", d. h., wenn er zur Fortsetzung oder Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung berechtigt war. An dieser Voraussetzung fehlt es, wenn der Erwerbslose die Frist zur Weiterversicherung nach § 313 RVO. bereits versäumt hatte, ehe die Voraussetzung für eine Versicherung durch die Gemeinde gegeben war. Dann kommt weder § 12d Abs. 1 noch folgeweise Abs. 2 in Frage. Für den Fall aber, daß die Frist des § 313 RVO. beim Beginn der Versicherung durch die Gemeinde noch nicht versäumt war, räumt § 12d der Vrdg. in Abs. 1 und eventuell in Abs. 2 je eine von der Frist des § 313 ganz unabhängige, andersartige Frist von drei Wochen ein, um ihm die Wiederherstellung der Zugehörigkeit zu seiner früheren Pflichtkasse zu ermöglichen. Die Annahme, daß die drei Wochen im Falle des § 12d Abs. 2 zu berechnen seien durch Zusammenrechnung der Zeit, die zwischen der Zugehörigkeit zu der früheren Kasse und dem Beginn der Versicherung durch die Gemeinde liegt, mit der Zeit nach Beendigung dieser letzteren Versicherung bis zur Antragstellung, erscheint uns nach Fassung und Sinn des § 12d nicht haltbar. Demgegenüber können die mit der sinngemäßen Auslegung etwa verbundenen Unzuträglichkeiten eine andere Auslegung nicht rechtfertigen.

Weiterversicherung beim Beginn und beim Wegfall der Erwerbslosenfürsorge (§§ 12a Abs. 1, 12b Abs. 6 Vrdg. v. 26. 1. 23).

2. **Nach Plauen.** Antwort: Voraussetzung der Weiterversicherung durch die Gemeinde ist nach § 12a Abs. 1 Satz 1 der Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge, daß der Erwerbslose auf Grund der RVO. zur Fortsetzung oder Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung berechtigt ist. Diese Voraussetzung kann, wenn Weiterversicherung nach § 313 RVO. in Frage steht, in zwei verschiedenen Formen gegeben sein: entweder so, daß beim Beginn der Erwerbslosenfürsorge der Erwerbslose bereits von seinem Rechte der Weiterversicherung Gebrauch gemacht hatte, diese also nur im Hinblick auf § 314 Abs. 1 RVO. durch rechtzeitige Weiterzahlung der Beiträge durch die Gemeinde (§ 12a Abs. 1 Satz 2 der Vrdg.) aufrechtzuerhalten ist; oder so, daß beim Beginn der Erwerbslosenfürsorge die Dreiwochenfrist zur Weiterversicherung noch nicht abgelaufen und vom Erwerbslosen weder eine Anzeige der Weiterversicherung noch eine ihr gleichstehende Vollzahlung der Beiträge nach § 313 Abs. 2 RVO. bewirkt war, die Gemeinde also die eine oder die andere dieser Handlungen zum Zwecke der Weiterversicherung an Stelle des Erwerbslosen vorzunehmen und weiterhin für ihn regelmäßig die vollen Beiträge einzuzahlen hat (§ 12a Abs. 1 Satz 2 der Vrdg.). Ob die Voraussetzungen für die Fortsetzung oder Aufrechterhaltung der Krankenversicherung in der einen oder in der anderen Form gegeben sind, ob insbesondere im zweiten dieser Fälle die Voraussetzung hinreichend langer Vorversicherung nach § 313 Abs. 1 RVO. gegeben ist, muß hiernach selbstverständlich beim Beginn der Erwerbslosenfürsorge geprüft und festgestellt werden. Ein Unterschied in den Rechtsfolgen aber ergibt sich beim Wegfall der Erwerbslosenunterstützung aus der Vorschrift des § 12b Abs. 6 der Vrdg. Danach steht ein Ausscheiden aus der Kasse wegen Wegfalls der Erwerbslosenunterstützung dem Ausscheiden wegen Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214 RVO., aber nicht dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung im Sinne des § 313 RVO. gleich. Das heißt: Der Erwerbslose, der in den 12 Monaten vor dem Wegfall der Erwerbslosenunterstützung mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert war, behält noch den Anspruch auf die Regelleistungen in Versicherungsfällen, die bei fortdauernder Erwerbslosigkeit binnen 3 Wochen nach dem Wegfall der Erwerbslosenfürsorge eintreten, aber er hat nicht jetzt noch das Recht, sich binnen 3 Wochen nach dem Wegfall der Erwerbslosenunterstützung gemäß § 313 RVO. weiterzuversichern. Der Ausschluß dieses letzteren Rechts kann aber denjenigen nicht treffen, der dies Recht bereits vor dem Beginn der Erwerbslosenfürsorge rechtzeitig und wirksam ausgeübt hatte. Denn er war eben hierdurch und infolge der regelmäßigen Weiterzahlung der Beiträge durch die Gemeinde Mitglied der Kasse geblieben und scheidet daher nicht — wie § 12b Abs. 6 der Vrdg. voraussetzt — wegen Wegfalls der Erwerbslosenunterstützung aus der Kasse aus, solange er nunmehr selbst die Beiträge weiterzahlt.

Anwendbarkeit des § 311 RVO. bei Schwangerschaftsbeschwerden.

3. **Nach Herten i. W.** Antwort: Nicht jede durch Schwangerschaftsbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit hat das Fortbestehen der Mitgliedschaft gemäß § 311 RVO. zur Folge, sondern nur eine solche, die einen Anspruch auf Kassenleistungen begründet, und das ist der Fall — auch ohne daß Krankheit vorliegt —, wenn Hebammendienste und ärztliche Behandlung erforderlich werden. Denn dann muß die Kasse eine Beihilfe bis zu 25 ℳ nach § 195a Ziff. 3 gewähren. In diesem Falle findet also bei Arbeitsunfähigkeit § 311 RVO. Anwendung. Es ist ferner zu beachten, daß für die letzten vier Wochen vor der Entbindung Wochengeld zu gewähren ist (§ 195a Ziff. 2), und daß demgemäß auch für diese Zeit § 311 RVO. gilt (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2 zu § 311). Hieraus ergibt sich freilich, daß Schwangere, die sich nicht freiwillig weiterversichern, dadurch ihre Mitgliedschaft und den Anspruch auf Wochenhilfe verlieren können, wenn sie mehr als vier Wochen vor der Entbindung arbeitsunfähig sind.

Wochenfürsorge begründet nicht Beitragsfreiheit aus § 383 RVO.

4. **Nach Konstanz.** Antwort: Der Sinn des § 383 RVO. ist der, daß ein Versicherter, der arbeitsunfähig ist, nicht einerseits Leistungen von der Kasse erhalten, anderseits ihr aber selbst etwas leisten soll. Daher kann die Beitragspflicht nur durch solches Wochengeld aufgehoben werden, das die Kasse aus eigenen Mitteln, also als eigene Leistung, zu gewähren hat. Daher besteht die Beitragspflicht fort, wenn eine Versicherte Wochenfürsorge aus § 17 Ges. v. 22. 5. 20 erhält; denn diese wird aus Mitteln des Reiches gewährt, wobei die Krankenkasse nur als Zahlstelle mitwirkt.

Krankengeld neben Wochengeld im Falle der Wochenfürsorge?

5. **Nach O.** Antwort: Als Wochenfürsorge (§ 17 Wochenhilfegesetz.) werden (nach § 19) die im § 195a RVO. bezeichneten Leistungen gewährt. Nach diesem § 195a Abs. 2 wird Krankengeld neben Wochengeld nicht gewährt. Dies muß daher auch für den Fall gelten, daß das Wochengeld auf Grund der Wochenfürsorge gezahlt wird. Das Gesetz will aber nur Doppelleistungen dieser Art ausschließen. Daraus folgt, daß das Krankengeld neben dem Wochengelde nur insoweit wegfällt, als es dem Wochengelde gleicht; soweit es den Betrag des Wochengeldes übersteigt, ist es der im Wochenbett erkrankten Versicherten zu zahlen — ähnlich wie im Falle des Zusammentreffens von Familienwochenhilfe (§ 205a) mit Krankheit (zu vgl. Jaeger, Wochenhilfe Anm. 19 zu § 205a).

Kosten ärztlicher Hilfe bei der Niederkunft.

6. **Nach G.** Antwort: Es ist ein Irrtum, wenn die Kasse, wie es scheint, annimmt, daß die bei der Niederkunft einer Versicherten geleistete ärztliche Hilfe in allen Fällen nicht durch den Entbindungskostenbeitrag von 50 ℳ abgegolten sei, weil bei einer normalen Geburt die Hilfe der Hebamme genüge und weil sonach, wenn die Zuziehung eines Arztes notwendig geworden sei, es sich um einen nicht normalen Verlauf der Entbindung, also um Krankheit handeln müsse, so daß die Kasse die Kosten für die ärztliche Hilfe nach § 182 Ziff. 1 RVO. besonders zu bezahlen habe. In sehr vielen Fällen, so namentlich bei allen zum erstenmal Gebärenden, aber auch sonst, wenn mit der bloßen Möglichkeit eines nicht ganz

leichten Verlaufs des Geburtsaktes zu rechnen ist, gebietet die Vorsicht die Zuziehung eines Arztes. In solchen Fällen ist von eigentlicher Krankheit der Wöchnerin im Rechtssinne (wie auch nach dem Sprachgebrauch und nach ärztlicher Auffassung) nicht die Rede. Deshalb ist hier ein besonderer Anspruch auf Bezahlung der Arztkosten nicht begründet, vielmehr sind diese aus dem Entbindungskostenbeitrag und, soweit er nicht ausreicht, von der Wöchnerin selbst zu bestreiten. Ergibt sich aber bei der Niederkunft eine als Krankheit anzusprechende Verwicklung, insbesondere etwa die Notwendigkeit irgendwelcher Kunsthilfe, so erscheint es angängig, die gesamten Kosten der ärztlichen Mitwirkung auf Grund des § 182 Ziff. 1 RVO. besonders zu bezahlen, also ohne Abzug desjenigen Betrages, den der Arzt auch bei normalem Verlauf zu fordern gehabt haben würde.

Auch vorgeschrittene Schwangerschaft steht der Begründung eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses nicht entgegen.

7. **Nach Rottenburg.** Antwort: Ihre Ansicht ist unrichtig. Schwangerschaft steht ebensowenig wie Krankheit der Begründung eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses entgegen. Es ist ohne Belang, daß die Schl. schon zwei Monate vor ihrer Niederkunft wegen Schwangerschaft aus ihrer damaligen Beschäftigung ausgetreten und daß sie nur zwei Wochen vor der Niederkunft in ein neues Beschäftigungsverhältnis eingetreten war. Worauf es allein ankommt, ist: ob sie in diesem neuen Verhältnisse nicht etwa nur einen mißlungenen Arbeitsversuch gemacht, sondern wirklich gegen Entgelt Arbeit geleistet hat, die den Namen einer solchen verdiente und von wirtschaftlicher Bedeutung war. Dann war sie nach § 165 RVO. versicherungspflichtig (zu vgl. Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 22 zu § 165) und nach § 306 RVO. Mitglied Ihrer Kasse geworden, so daß sie unter den Voraussetzungen des § 195a RVO. Anspruch auf Wochenhilfe hat.

Leistungspflicht und Ersatzansprüche der Krankenkasse bei späten Folgen eines forstwirtschaftlichen Betriebsunfalls.

8. **Nach Bogen.** Antwort: Wenn der ursächliche Zusammenhang der neuerlichen Erkrankung mit dem vor mehr als drei Jahren erlittenen Betriebsunfall feststeht, so hat die Berufsgenossenschaft dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, und zwar vom Beginn der neuerlichen Erkrankung an; denn die Wartefrist von 13 Wochen (§§ 558, 930 RVO.) ist vom Unfall, nicht etwa vom Beginn der Erkrankung, zu berechnen. Die Leistungspflicht der Kasse wird aber davon nicht berührt; sie hat jedoch gegen die Berufsgenossenschaft Ersatzanspruch nach § 1501 ff. RVO. Der von Ihnen angeführte § 576 und die darin angezogenen §§ 573, 775 kommen dagegen nicht in Frage, wenn es sich, wie wir nach Ihren Angaben annehmen müssen, um einen forstwirtschaftlichen Betriebsunfall handelt; denn diese Paragraphen sind in den §§ 930 ff. nicht als entsprechend anwendbar aufgeführt.

Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung durch Eheschließung mit dem Arbeitgeber.

9. **Nach Schleiden.** Antwort: Die Dienste, die die Frau früher als Haushälterin leistete, leistete sie dem Mann von ihrer Verheiratung mit diesem an als seine Ehefrau, also nicht mehr auf Grund eines Beschäftigungsverhältnisses, sie war daher nicht mehr versicherungspflichtig, wenn auch die Abmeldung unterblieben war. Offenbar sind aber die Beiträge weitergezahlt worden; wenigstens verstehen wir in diesem Sinne Ihre Angabe, daß die Versicherung stillschweigend weitergelaufen sei. Es bestand daher freiwillige Weiterversicherung gemäß § 313 Abs. 2 Satz 3 RVO., als die Ehefrau von einem Kinde entbunden wurde. Da die Voraussetzungen des § 195a RVO. erfüllt waren, so besteht Anspruch auf Wochenhilfe aus diesem Paragraphen, nicht auf Familienwochenhilfe. Wenn weiter gesagt wird, daß der Ehemann später der Kasse mitgeteilt habe, daß er seine frühere Haushälterin nunmehr als seine Ehefrau anmelde, so ist das wohl dahin aufzufassen, daß die Weiterversicherung aufgegeben werde. Der Frau stehen dann nur diejenigen Ansprüche zu, die einer Ehefrau des Versicherten als Familienhilfe gemäß Gesetz und Satzung zustehen. Das kann die Kasse nicht ablehnen. Für die Entbindung ist aber noch die Wochenhilfe aus § 195a zu gewähren, da der Versicherungsfall während der Mitgliedschaft eintrat. Die Beiträge sind bis zu der von dem Ehemann abgegebenen Austrittserklärung zu entrichten.

Gilt die Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß § 418 RVO. für die Familienwochenhilfe gleich der Reichsversicherung?

10. **Nach Belgard.** Antwort: Die Fassung des § 12 Ges. v. 22. 5. 20 ist nicht glücklich. Sie enthält keinen Hinweis darauf, daß die Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß § 418 RVO. für die Anwendbarkeit des § 205a der Reichsversicherung gleichzuerachten sei. Trotzdem wird man dies annehmen müssen. Die Voraussetzungen für die Familienwochenhilfe im Falle des § 418 sind gemäß § 12 Ges. v. 22. 5. 20 dieselben, wie wenn es sich um die Angehörigen des Mitgliedes einer Krankenkasse handelt, und hier ist eine bestimmte Wartezeit vorgeschrieben (§ 205a Ziff. 3), und zwar entsprechend, wie für den Fall des § 195a. Nun ist aber in § 7 ausdrücklich gesagt, daß im Falle des § 418 auch § 195a entsprechend zu gelten habe, nämlich so, als ob die Befreiten bis zum Ablauf der Befreiung Mitglieder der Kasse gewesen wären. Es liegt nun kein Anlaß vor, hier einen Unterschied zwischen § 195a und § 205a zu machen. Also auch im Sinne des letztgenannten Paragraphen hat die Befreiung von der Versicherungspflicht die gleiche Bedeutung für die Wartezeit wie die Reichsversicherung. Es ist sicherlich ein Versehen, wenn in die neue Fassung des § 419 Abs. 2 der § 205a nicht aufgenommen worden ist.

Trägt der Arbeitgeber die Besoldung des Personals einer der Betriebskrankenkasse gehörigen Heilstätte?

11. **Nach B.** Antwort: Nach § 362 RVO. hat der Arbeitgeber die für die Geschäfte der Betriebskrankenkasse erforderlichen Personen auf seine Kosten und Verantwortung zu bestellen. In ArbVers. 1914 S. 753 hat Hahn ausgeführt, daß sich das keineswegs nur auf die Kassen- und Rechnungsführung, sondern auf alles beziehe, was der Kasse kraft ihres öffentlich-rechtlichen Berufs zu besorgen obliege. Damals handelte es sich um die Frage, ob der Arbeitgeber auch die Krankenaufseher zu besolden habe, und das RVA. hat diese Frage, in Übereinstimmung mit Hahn, bejaht (ArbVers. 1915

S. 133). Das nötigt noch nicht zu der Annahme, daß der Arbeitgeber auch die Besoldung des gesamten Personals einer von der Kasse anzukaufenden Lungenheilstätte, die mit einer Land- und Forstwirtschaft von etwa 280 Morgen verbunden ist, zu bestreiten haben würde. Denn der Erwerb einer solchen Heilstätte gehört nicht zu dem, was der Kasse vermöge ihrer eigentlichen Aufgaben zu besorgen „obliegt", sondern es steht in ihrem Ermessen, ob sie ein solches Unternehmen erwerben und betreiben will. Allerdings könnte man auf § 34 Abs. 1 RVO. hinweisen, wonach solche von einem Versicherungsträger errichteten oder unterhaltenen Anstalten der Aufsicht der Versicherungsbehörden unterliegen; man könnte daraus herleiten, daß, wenn die Kasse sich entschlossen habe, eine solche Anstalt zu erwerben und zu betreiben, der pflichtmäßige, im Rahmen von Gesetz und Satzung sich bewegende und daraufhin nach § 30 RVO. zu beaufsichtigende Betrieb nun eben doch zu ihren Obliegenheiten und folglich zu den „Geschäften" gehöre, für die der Arbeitgeber das Personal zu bestellen und zu besolden habe. Allein diese letzte Folgerung erscheint doch bedenklich. Die Vorschrift im § 34 Abs. 1 RVO. knüpft an eine Vorschrift des älteren Rechts (§ 125 Abs. 4 Gew.Unf.Vers.Ges.) an und will nur Zweifel ausschließen (Begr. S. 45). Zweifel konnten wohl nur auftauchen im Hinblick darauf, daß Betriebe dieser Art sich als wirtschaftlich und betriebstechnisch durchaus selbständige, von dem eigentlichen Geschäftsbetriebe der Versicherungsträger abgesonderte Unternehmungen darstellen. Deshalb wurde es für angezeigt gehalten, das Aufsichtsrecht der Versicherungsbehörden, wegen des an ordnungsmäßigem Betriebe solcher Anstalten bestehenden öffentlichen Interesses, ausdrücklich festzustellen. Die Praxis erkennt daher das Aufsichtsrecht der Versicherungsbehörden auch in bezug auf solche Heilanstalten an, die zwar nicht im Eigentum oder in der eigenen Verwaltung des Versicherungsträgers stehen, aber ausschließlich oder fast ausschließlich mit der Behandlung Versicherter sich befassen (zu vgl. Handb. der UnfVers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 616 Ziff. 15; Hanow, Anm. 4 zu § 34). Der innere Grund des § 34 Abs. 1 läßt sich aber für die vorliegende Frage nicht nutzbar machen. Wie selbstverständlich nicht davon die Rede sein kann, dem Arbeitgeber die Besoldung des Personals einer Heilanstalt, die nicht im Eigentum oder in der eigenen Verwaltung der Betriebskrankenkasse steht, aufzubürden, so muß man eine solche Belastung auch bei einer der Betriebskrankenkasse selbst gehörigen Heilanstalt als ausgeschlossen ansehen im Hinblick auf die wirtschaftliche und betriebstechnische Selbständigkeit einer solchen, vom eigentlichen Geschäftsbetriebe der Kasse deutlich abgesonderten und unterschiedenen Anstalt. Es tritt noch die Erwägung hinzu, daß eine andere Auffassung den Arbeitgeber leicht geneigt machen könnte, der Errichtung und dem Betriebe solcher für die Kasse und das Gemeinwohl nur erwünschten Anstalten mit seinem Stimmgewicht in den Kassenorganen (§ 338 RVO.) eher entgegenzuwirken als sie zu fördern.

Nachweis der Zugehörigkeit zur Ersatzkasse bei Anträgen auf Ruhen der Rechte und Pflichten (§§ 519, 520 RVO.).

12. **Nach Guben.** Antwort: a) Das RVA. hat entschieden, daß im Falle des § 520 RVO. der Nachweis des Beitritts zur Ersatzkasse nicht alsbald bei der Antragstellung geführt zu werden braucht, sondern nachgebracht werden kann (Entsch. 2185, ArbVers. 1916 S. 349).

b) Wenn auf Grund des § 519 Abs. 2 RVO. die Ersatzkasse ermächtigt ist, statt der Versicherungspflichtigen die Anträge auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten bei der Pflichtkasse zu stellen, so bedarf die Ersatzkasse zwar keiner besonderen Vollmacht von dem einzelnen Versicherungspflichtigen, ist aber im übrigen in gleicher Weise wie er an die Vorschriften im § 519 Abs. 1 und § 520 gebunden (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 519), muß also vor allem seine Zugehörigkeit zur Ersatzkasse nachweisen (zu vgl. ObVersAmt Düsseldorf in ArbVers. 1915 S. 397, 398).

Familienwochenhilfe steht auch den Angehörigen freiwilliger Mitglieder zu.

13. **Nach Eberbach.** Antwort: Unter den Voraussetzungen des § 205a RVO. erhalten die Ehefrauen usw. „der Versicherten" die dort näher bezeichneten Wochenhilfeleistungen. Diese allgemeine Fassung gestattet keinen Zweifel daran, daß auch die freiwillig Beigetretenen und die freiwillig Weiterversicherten, also nicht bloß die Pflichtmitglieder, Anspruch auf Wochenhilfe für ihre Angehörigen haben.

Erhöhung des sogenannten Taschengeldes (§ 194 Ziff. 2 RVO.) für Unfallverletzte.

14. **Nach Duisburg.** Antwort: Wir verweisen auf ArbVers. 1914 S. 151 Ziff. 7. Danach ist das Taschengeld in demselben Verhältnis zu erhöhen wie das Hauptkrankengeld. Dieses wird im vorliegenden Falle nicht erhöht, weil es schon nach der Satzung ¾ des Grundlohns, also mehr als ⅝, beträgt. Es ist daher von dem satzungsmäßigen Hauptkrankengelde auszugehen, welches eine Erhöhung des regelmäßigen Krankengeldes um die Hälfte seines Betrages (¾ statt ½ des Grundlohns) enthält. Daher ist auch das auf $^1/_{10}$ des Grundlohns festgestellte Krankengeld um die Hälfte, also auf $^3/_{20}$ des Grundlohns zu erhöhen.

Ersatzanspruch der Landesversicherungsanstalt gegen die Krankenkasse wegen eines gewährten Heilverfahrens?

15. **Nach W.** Antwort: Außerhalb des Kassenbezirks oder des Beschäftigungs- oder Wohnorts kann der Versicherte grundsätzlich Gewährung der Krankenpflege (§ 183 Ziff. 1 RVO.) überhaupt nicht verlangen und, wenn er sie sich dort selbst beschafft hat, auch nicht Ersatz der Kosten von der Kasse fordern (zu vgl. Entsch. des RVA. 2141, ArbVers. 1916 S. 154). Dieser Rechtssatz muß auch gelten, wenn ein geschlechtskranker Versicherter sich zu einer außerhalb des Kassenbezirks belegenen Beratungsstelle der Landesversicherungsanstalt begeben hat, um sich dort behandeln zu lassen. So erwünscht im allgemeinen die Inanspruchnahme dieser Beratungsstellen durch die Geschlechtskranken im Interesse der Volksgesundheit ist, so läßt sich doch hieraus eine Ausnahme von jenem, in der Natur des Rechtsverhältnisses zwischen den Krankenkassen und ihren Versicherten begründeten Grundsatz über den Erfüllungsort der Krankenpflege nicht herleiten. Steht also dem Versicherten ein Anspruch gegen die Kasse nicht zu, so ist es rechtlich unmöglich, einen Anspruch der Landesversicherungsanstalt gegen die Kasse darauf zu gründen, daß sie (durch ihre Beratungsstelle) dem Versicherten die erforder-

liche Krankenpflege gewährt habe. Die Bezugnahme auf § 683 BGB. (Geschäftsführung ohne Auftrag) und § 612 BGB. (ungerechtfertigte Bereicherung) ist verfehlt. Es kann nicht davon die Rede sein, daß — wie der erste dieser beiden Rechtsgründe nach § 677 BGB. vor allem voraussetzt — durch die Gewährung der Leistungen an den Versicherten ein der Kasse obliegendes Geschäft besorgt worden sei, da doch die Kasse dem Versicherten im gegebenen Falle die Leistungen der Krankenpflege nicht zu gewähren hatte; und ebenso kann nicht davon die Rede sein, daß die Kasse auf Kosten der Landesversicherungsanstalt irgendetwas ohne rechtlichen Grund erlangt habe, wenn die Anstalt dem Versicherten etwas gewährt hat, was er von der Kasse nicht zu beanspruchen hatte. Die Versicherungsanstalt, die für einen gegen Krankheit Versicherten ein Heilverfahren eintreten läßt, kann einen Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse nur nach § 1518 Abs. 2 RVO. erheben, und diese Vorschrift versagt im vorliegenden Falle.

Lösung des Beschäftigungsverhältnisses bei Streik.

16. **Nach Berlin.** Antwort: Richtig ist, daß durch die Einstellung der Arbeitsleistung allein das Beschäftigungsverhältnis nicht ohne weiteres gelöst wird; aber ebenso zweifellos ist es, daß die im vorliegenden Falle vom Arbeitgeber gegenüber dem Arbeitnehmer ausdrücklich (schriftlich) abgegebene Erklärung, daß er aus den Diensten der Firma geschieden und deshalb seine Abmeldung bei der Krankenkasse veranlaßt sei, das Beschäftigungsverhältnis und somit die Pflichtversicherung beendet hat (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 21 und 23 zu § 165 RVO.). Wenn der im Schlichtungsverfahren aus Anlaß des Streiks ergangene Schiedsspruch besagt, daß eine Unterbrechung des Arbeitsverhältnisses durch den Streik nicht eingetreten ist, so wird dadurch eben nur festgestellt, daß die Tatsache des Streiks für sich allein diese Wirkung nicht gehabt hat; an der Tatsache, daß der Arbeitnehmer infolge des Streiks entlassen worden ist, und an der versicherungsrechtlichen Folge dieser Tatsache konnte der Schiedsspruch nichts mehr ändern. Ist nach dem Schiedsspruch der Entlassene wieder eingestellt worden, so wurde das Versicherungsverhältnis aus § 165 RVO. neu begründet. Für die Ausübung des Antragsrechts des in der Zwischenzeit in eine Ersatzkasse eingetretenen Arbeitnehmers aus § 517 RVO. ist daher § 519 RVO. maßgebend.

a) **Absonderung eines mit ansteckender Krankheit Behafteten.** b) **Kosten der Desinfektion im Krankenhause.**

17. **Nach Prüm.** Antwort: a) Ob eine „Polizeiverordnung", d. h. eine örtliche Anordnung der von Ihnen bezeichneten Art für den dortigen Bezirk besteht, können wir nicht sagen. Wir können nur darauf verweisen, daß es zum Amt der Polizei gehört, die nötigen Anstalten zur Abwendung der der Allgemeinheit oder auch einem engeren Personenkreise drohenden Gefahren zu treffen, und daß sie zu diesem Zwecke auch die Absonderung von Personen, die mit ansteckenden Krankheiten behaftet sind, und ihre Unterbringung in einem Krankenhause anordnen kann — wie dies für verschiedene Krankheiten durch Reichsgesetze und landesrechtliche Ausführungsvorschriften näher geregelt ist.

b) Die Kosten der Desinfektion der Wohnung und der Kleider des Kranken gehören allerdings nicht zu den von der Kasse zu gewährenden Leistungen aus § 182 RVO. (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 551 Ziff. 2). Wenn aber die Kasse den mit einer ansteckenden Krankheit behafteten Versicherten einem Krankenhause überwiesen hat, so ist die Frage, ob sie die Kosten der Desinfektion des Zimmers und der Kleider nach der Entlassung des Versicherten zu tragen hat, lediglich unter dem Gesichtspunkte des durch die Einweisung und Aufnahme des Kranken zustande gekommenen Vertrages zwischen der Kasse und der Krankenhausverwaltung zu beurteilen. Maßgebend dafür sind, beim Mangel besonderer Abmachungen, die allgemeinen Aufnahmebedingungen, und zwar nicht nur die ausdrücklich (in Tarifen usw.) getroffenen Bestimmungen, sondern auch solche, die sich aus der Natur des Rechtsverhältnisses zwischen der Kasse und der Krankenhausverwaltung ergeben. Wie die Kasse für Schäden haftet, die der aufgenommene Kranke durch ein in der Natur seines Leidens begründetes Verhalten im Krankenhause anrichtet (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1910 S. 167, 168, auch Auskunft das. 1915 S. 696 Ziff. 12), so muß die Kasse auch für die Kosten der von der Krankenhausverwaltung pflichtmäßig veranlaßten Desinfektion des Zimmers und der Kleider des Versicherten einstehen, der wegen einer ansteckenden Krankheit aufgenommen worden war.

Zur Schweigepflicht der Kassenangestellten.

18. **Nach Cochem.** Frage: Verstößt der Kassenangestellte gegen die Bestimmungen des § 141 RVO., wenn er dem Arbeitgeber ohne Angabe von Krankheit oder deren Ursache mitteilt, daß der bei ihm Beschäftigte arbeitsunfähig ist, oder daß er nicht arbeitsunfähig ist, oder daß er bei dem Kassenarzt in Behandlung steht?

Antwort: Alle drei Fragen werden, wenn sie vom Arbeitgeber ausgehen, kaum anders verstanden werden können, als daß über den Gesundheitszustand, also auch „über (etwaige) Krankheiten oder andere Gebrechen" des Versicherten Auskunft gewünscht wird. Wir würden daher jede Auskunft für einen Verstoß gegen den § 141 RVO. ansehen, außer der, daß über Krankheit des Versicherten nichts bekannt sei.

Erstattungspflicht nach § 197 RVO. bei Familienwochenhilfe.

19. **Nach Schötmar.** Antwort: Nach Ihren Angaben nehmen wir an, daß die Wöchnerin bei der Niederkunft nicht mehr gegen Krankheit versichert war, daß also nur Ihre Kasse, der der Vater der Wöchnerin zur Zeit der Niederkunft angehört hat, als leistungspflichtige Kasse auf Grund des § 205a RVO. in Frage kommt. Dann bedeutet die nach § 205a Abs. 4 gebotene „entsprechende" Anwendung des § 197 RVO., daß diejenigen Kassen erstattungspflichtig sind, denen der Versicherte — im vorliegenden Fall also der Vater — im Vorjahr angehört hat. Das ist hier schon wiederholt gesagt worden (zu vgl. z. B. 1919 S. 633 Ziff. 2c, S. 634 Ziff. 4a). Die Landkrankenkasse, der die Wöchnerin selbst bis 1½ Monat vor der Niederkunft angehört hatte, ist nicht erstattungspflichtig.

Die Familienkrankenhilfe kann auf die Dauer der Mitgliedschaft beschränkt werden.

20. **Nach B.** Antwort: Unsere Auskunft im Heft 28 S. 560 Ziff. 18 und die darin angeführte

Entscheidung, wonach der einmal begründete Anspruch auf Krankenhilfe für Angehörige des Versicherten (§ 205 RVO.) nicht durch den nachträglichen Wegfall einer Voraussetzung erlischt, haben den Mangel einer entgegenstehenden Bestimmung zur Voraussetzung. Da die Familienkrankenhilfe zur Zeit noch nicht zu den Pflichtleistungen der Kasse gehört, kann die Satzung diese Leistung durch Bestimmungen, welche für alle Versicherten gleichmäßig gelten, einschränken, insbesondere also auch bestimmen, daß die Leistung nicht über die Dauer der Mitgliedschaft hinaus gewährt wird (ArbVers. 1909 S. 740 Ziff. 12a). Für die Familien w o c h e n hilfe gilt das selbstverständlich nicht, da sie zu den Regelleistungen der Kassen gehört.

Kosten ärztlicher Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.

21. **Nach Aue (Erzgb.).** A n t w o r t : Aus der Pflicht der Krankenkasse, den Sachverhalt, soweit es zum Befinden über den erhobenen Anspruch erforderlich ist, von Amts wegen zu erklären und den erforderlichen Beweis zu erheben, folgt, daß sie auch die Kosten der beschafften Beweisstücke zu tragen hat (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 22 Ziff. 2); so insbesondere auch die Kosten der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten als Voraussetzung seines Anspruchs auf Krankengeld. Hierfür wird der Regel nach eine „kurze Bescheinigung" im Sinne der Ziff. 24b der alten und Ziff. 16b der neuen preuß. Gebührenordnung für Ärzte genügen, wonach die Mindestgebühr nur 2 *M* beträgt. Diese Gebühr schließt allerdings die Vergütung für die Untersuchung, nicht aber für den Besuch ein, der erforderlich ist, wenn nicht der behandelnde Lazarettarzt, sondern ein Zivilarzt den Zustand des im Lazarett befindlichen Versicherten bezeugen soll. Für diesen Besuch betrug nach der a l t e n GebOrdg. die Mindestgebühr gleichfalls 2 *M*. H i e r a u f dürfte die von Ärzten in solchen Fällen geforderte Gebühr von 4 *M* beruhen.

Stillgeld für ein Brustkind der Wöchnerin im Krankenhause?

22. **Nach Hermsdorf (S.-A.).** A n t w o r t : Ihr Hinweis auf unsere Auskunft im Jahrg. 1917 S. 788 Ziff. 15 trifft an sich zu; nur wird dadurch im vorliegenden Falle nicht — wie damals — die völlige V e r s a g u n g des Stillgeldes gerechtfertigt. Denn der Anspruch auf Stillgeld ist an sich dadurch begründet, daß die Wöchnerin ihr Kind tatsächlich nährt, und nur eine ungerechtfertigte Bereicherung der Wöchnerin auf Kosten der Kasse dadurch, daß diese die Kosten der Pflege des Kindes im Krankenhause und außerdem noch das volle Stillgeld bezahlt, ist auszuschließen. Im vorliegenden Falle beträgt aber das Pflegegeld für das Kind weniger als das Stillgeld, so daß nur die K ü r z u n g des Stillgeldes um den Betrag jenes Pflegegeldes begründet ist.

Familienhilfe (§ 205 RVO.) für die in dem „Haushalt des Versicherten" lebenden Kinder.

23. **Nach Kiel.** F r a g e n : Nach unserer Satzung gewährt die Kasse Krankenpflege an folgende versicherungsfreie Familienmitglieder des Versicherten, die in seinem Haushalt leben: die Ehefrau, die Kinder und Stiefkinder usw. — Haben die K i n d e r einer bei uns versicherungspflichtigen Scheuerfrau Anspruch auf Kassenleistungen: a) wenn der Ehemann anderweit versicherungspflichtig ist; b) wenn der Ehemann keiner Krankenkasse angehört; c) wenn der Ehemann einer Krankenkasse angehört, die keine Familienversicherung gewährt; d) wenn die Frau eheverlassen (nicht geschieden) ist und die Kinder im Haushalt der Mutter leben; e) wenn die Kinder unehelich sind und die Mutter mit den Kindern im Haushalt der Eltern (nicht im eigenen Haushalt) lebt?

A n t w o r t : In den Fällen a bis d folgt die Anerkennung des Anspruchs auf Familienhilfe nach § 205 Ziff. 1 RVO. und Ihrer Satzung aus der Erwägung, daß der Haushalt von Eheleuten als Haushalt b e i d e r Teile gilt (ArbVers. 1917 S. 240 Ziff. 9). Im Falle e verneinen wir den Anspruch, weil die Voraussetzung eines eigenen Haushalts der Versicherten, wenn sie lediglich, wie ihre Kinder, in den Haushalt der E l t e r n aufgenommen ist.

Der Versicherte kann den Lauf der Leistungsfrist für die Krankenhilfe nicht beliebig unterbrechen.

24. **Nach Hannover.** F r a g e : Ein Mitglied unserer Kasse trat am 27. 3. 20 wegen eines Ohrenleidens in Behandlung unseres Kassenarztes, blieb aber erwerbsfähig. Am 1. 4. 20 erfolgte auf Veranlassung des Kassenarztes Überweisung an einen Facharzt. Diesem gegenüber garantierten wir bis zum 25. 9. 20 die Kostenübernahme. Ende Mai bis Anfang Juli war hier der Ärztestreik, und während dieser Zeit hielt sich das Mitglied von ärztlicher Behandlung fern, weil es die mit diesem Zustand verbundenen Umständlichkeiten (Selbstzahlen des Honorars usw.) nicht übernehmen wollte. Das Leiden bestand fort. Am 19. 7. 20 nahm der Kranke die fachärztliche Behandlung wieder auf und wurde ab 26. 7. bis 28. 10. 20 arbeitsunfähig krank geschrieben. Jetzt ist das Mitglied wieder arbeitsfähig, und wir stehen auf dem Standpunkt, daß nunmehr eine Pflicht zur Gewährung der Krankenhilfe nicht mehr besteht, vielmehr die Unterstützungspflicht als abgelaufen zu betrachten ist. — Ist das richtig?

A n t w o r t : Ja! Denn durch die Inanspruchnahme der Krankenhilfe am 27. 2. 20 war die Leistungsfrist in Lauf gesetzt, und es stand dem Versicherten nicht zu, den Lauf dieser Frist nach Belieben dadurch zu unterbrechen, daß er, obwohl die Notwendigkeit der Heilbehandlung fortbestand, diese eine Zeitlang nicht in Anspruch nahm (zu vgl. H a h n , Handb. der KrVers. Anm. 2d zu § 183 RVO., und die zustimmende Entsch. des Reichsversicherungsamts in ArbVers. 1917 S. 399, 400). Allerdings hat der Versicherte Krankengeld nur für die Zeit vom 26. 7. bis 28. 10. 20 bezogen; aber dieser Zeitraum reicht über die 26. Woche vom Beginn der Krankheit hinaus. Deshalb endete mit dem Krankengeldbezuge auch der Anspruch auf Krankenpflege (§ 183 Abs. 2 RVO.).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1300 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 1. Dezember 1920 | Heft 34

Brauchen wir eine Arbeitslosenversicherung?

Von Bürgermeister Fr. Kleeis in Aschersleben.

Zu den wichtigsten sozialpolitischen Neuerungen der letzten Jahre gehört die einseitige, durch reichsgesetzliche Bestimmungen geregelte Erwerbslosenfürsorge. Sie entsprang zunächst dem Bedürfnis, die Folgen der nach Ausbruch des Krieges vorhandenen sehr umfangreichen Arbeits- und Stellenlosigkeit zu mildern. Es wurde durch Bundesratsbestimmungen für die Gemeinden und Gemeindeverbände die Möglichkeit geschaffen, eine Erwerbslosenfürsorge einzurichten. Von der Einhaltung gewisser Bedingungen war die Bewilligung einer in der Regel auf ein Drittel der Gesamtaufwendungen bemessenen Reichsbeihilfe abhängig gemacht. Diese Möglichkeit kam zu umfassender Nutzanwendung nur für einzelne Gewerbezweige, die besonders durch die Kriegsverhältnisse in der Weiterführung gehindert waren, wie beispielsweise für die Textilindustrie. Im übrigen ergab sich nur für die größeren Städte die Notwendigkeit, eine Erwerbslosenfürsorge einzurichten, was meist durch die Aufstellung besonderer Ortsstatute geschah. Die weitere Kriegszeit zeigte eine so geringe Arbeitslosigkeit, daß von der Fürsorge nur ganz spärlicher Gebrauch zu machen war.

Für die Zeit der Demobilmachung reichten jene Bestimmungen des Bundesrates nicht aus. Bei der zu erwartenden großen Beschäftigungslosigkeit mußte eine Verpflichtung der Gemeinden, für die Erwerbslosen zu sorgen, geschaffen und für ihre Durchführung Sorge getragen werden. Dies geschah zunächst durch die vom Demobilmachungsamt unter Mitwirkung des Reichsarbeitsamts erlassene Verordnung über Erwerbslosenfürsorge vom 13. November 1918. Sie ist inzwischen durch mehr als ein halbes Dutzend Nachtragsverordnungen weiter ausgebaut worden. Zuletzt geschah dies durch eine Verordnung vom 6. Mai 1920. Es hat sich deshalb schon eine recht komplizierte Einrichtung aus ihr entwickelt.

Die Erfüllung der Pflicht zur Einrichtung der Erwerbslosenfürsorge wird den Gemeinden dadurch wesentlich erleichtert, daß ihnen zu dem Gesamtaufwand vom Reich sechs Zwölftel und von dem zuständigen Gliedstaat vier Zwölftel ersetzt werden. Für leistungsschwache Gemeinden oder für einzelne Bezirke kann eine Erhöhung der Reichshilfe bewilligt werden. Die Fürsorge steht arbeitswilligen und arbeitsfähigen über 16 Jahre alten Personen zu, die infolge des Krieges durch Erwerbslosigkeit sich in bedürftiger Lage befinden und den notwendigen Lebensunterhalt nicht bestreiten können. Ob die Beschäftigungslosigkeit eine Folge des Krieges ist, gibt allerdings oft zu Meinungsverschiedenheiten Anlaß, doch ist die Vorschrift recht weitgehender Auslegung fähig. Die Erwerbslosigkeit ist nicht als Kriegsfolge anzusehen, wenn sie durch Ausstand oder Aussperrung überwiegend verursacht ist. Die Rückkehr in den früheren Wohnort ist durch Gewährung freier Fahrt erleichtert, auch kann eine Beihilfe zu den Umzugskosten ge-

währt werden. Bei Weigerung des Erwerbslosen, geeignete nachgewiesene Arbeit auch außerhalb des Berufes und des Wohnortes anzunehmen, sind die Gemeinden zur Versagung oder Entziehung der Unterstützung verpflichtet. Art und Höhe der Unterstützung ist zwar dem Ermessen der Gemeinde überlassen, doch sieht die Verordnung Höchstsätze vor, die nicht überschritten werden dürfen. Die Erwerbslosen der einzelnen Orte sorgen aber auch dafür, daß die Unterstützungen nicht niedriger sind. Die Fürsorge darf einem Erwerbslosen höchstens 26 Wochen gewährt werden. Über die Zahl der unterstützten Erwerbslosen wird seit Beginn des Jahres 1920 genaue Statistik geführt. Es beteiligten sich daran rund 350 Städte. Am 15. Januar 1920 betrug die Gesamtzahl der unterstützten Erwerbslosen 447 660, die der unterstützten Familienangehörigen außerdem 379 071. Die Ziffer der unterstützten Erwerbslosen ging zurück auf 198 550 am 8. Mai 1920. Inzwischen stieg sie wieder und überstieg in den letzten Wochen abermals die Zahl von 400 000. Die Beträge der ausgezahlten Erwerbslosenunterstützung schwanken von 9 bis 20 Millionen Mark wöchentlich. Neuerdings werden die Maßnahmen verstärkt, die man unter den Begriff der „produktiven" Erwerbslosenfürsorge zusammenfaßt. Sie bestehen in Beschaffung von Notstandsarbeiten usw.

Die Reichsregierung beabsichtigt, die Erwerbslosenfürsorge in eine Arbeitslosen-versicherung umzuwandeln. Es sind schon zwei verschiedene Gesetzentwürfe hierüber veröffentlicht worden, die inzwischen in der sozialpolitischen Fachpresse lebhaft besprochen wurden. Überwiegend fanden sie in der gegenwärtigen Form Ablehnung. Namentlich hinsichtlich der Vorschläge über den Aufbau der Versicherung*). Die Frage stand u. a. auch auf dem Städtetag für die Provinz Sachsen und Anhalt, der am 28. und 29. September 1920 in Nordhausen stattfand, zur Erörterung. Der Berichterstatter hierzu, Stadtrat Haupt aus Magdeburg, begründete folgende Entschließung:

„Der Städtetag erkennt an, daß der Ausbau der sozialen Gesetzgebung durch die von der Reichsregierung beabsichtigte Schaffung einer Arbeitslosenversicherung dringend und notwendig ist.

Soweit jedoch über die in Aussicht genommene Gestaltung des Gesetzes über die Arbeitslosenversicherung bekannt geworden ist, gibt sie dem Städtetag Veranlassung, für nachstehende Forderungen beim Arbeitsminister der Regierung und dem Reichstage einzutreten:

1. Die Absicht, die von den Städten unterhaltenen Arbeitsämter und Arbeitsnachweise zu Hilfsorganen von Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden bei der Durchführung der Arbeitslosenversicherung zu machen, ist abwegig und zu verwerfen. Nach den Erfahrungen in der Erwerbslosenfürsorge, bei der Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Berufsumschulung, Arbeitsbeschaffung, Erwerbsbeschränkten-Fürsorge usw., kann die Erreichung des Zweckes der Arbeitslosenversicherung nur erfolgen, wenn die Durchführung des Gesetzes den Arbeitsnachweisen übertragen wird.

Es ist dabei anzustreben, die gesetzliche Regelung des Arbeitsnachweises gleichzeitig mit der Arbeitslosenversicherung vorzunehmen.

2. Versicherungspflichtig müssen alle der Invaliden- und Angestelltenversicherung unterstellten Personen sein.

Die beabsichtigte Nichteinbeziehung der ländlichen Arbeiter und der Hausangestellten ist zu verwerfen.

3. Die Mittel für die Reichsarbeitslosen-Versicherung sind durch Beiträge der Versicherten und deren Arbeitgeber sowie durch Zuschüsse des Reiches aufzubringen. Der Zuschuß beträgt ein Drittel der Aufwendungen für die Arbeitslosenunterstützung.

Die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber sind durch einen Zuschlag zu den Beiträgen für die Invalidenversicherung ohne Ausgabe besonderer Marken zu erheben, und von den Versicherungsanstalten den mit der Verwaltung der Arbeitslosenversicherung betrauten Stellen zu überweisen. Soweit die nach diesem Gesetz Versicherten der Invalidenversicherung nicht unterstehen, ist die Beitragserhebung so einfach wie möglich zu gestalten."

Zu diesen Auffassungen führte ich in der Aussprache dem Sinne nach etwa folgendes aus. Richtig ist, daß die Erwerbslosenfürsorge einer Neugestaltung unterzogen werden muß, obgleich sie nicht so schlecht ist, wie es gewöhnlich dargestellt wird. Ihre Mängel bestehen darin, daß sie nur eine Nothilfe aus Anlaß des Krieges ist. Nach § 6 der jetzt gültigen Verordnung wird die Fürsorge nur den arbeitsfähigen und arbeitswilligen Personen gewährt, die sich „infolge des Krieges" durch Erwerbslosigkeit in be-

*) Zu vgl. Brunn hier, Heft 29 S. 561ff. und die dort angeführten Aufsätze; anderseits z. B. Lehmann in „Ortskrankenkasse" 1920 Sp. 529ff., und „Volkst. Zeitschr." 1920 S. 299ff., auch Wasewitz in „Ortskrankenkasse" Sp. 536ff.

dürftiger Lage befinden. Diese Vorschrift wird indes so weitherzig ausgelegt, daß nur äußerst selten ein Erwerbsloser mit seinen Ansprüchen abgewiesen wird. Vor allem ist der Fürsorge der Charakter des Provisoriums zu nehmen. Sie muß zu einer Dauereinrichtung gemacht werden. Die Frage ist nur, wie das geschehen soll.

Seit Jahrzehnten ist aus Arbeiterkreisen eine reichsgesetzliche Arbeitslosen**versicherung** verlangt worden. Nun ist eine Versicherung eine sehr schöne Sache, und sie bildete namentlich vor Jahrzehnten einen Fortschritt, als sie zum Abbau der Armenpflege eingeführt wurde. Für unsere heutigen sozialpolitischen Anschauungen ist sie jedoch kein Ideal und nicht mehr der Inbegriff der Vollkommenheit. Eine höhere Form der Fürsorge ist diejenige, die aus Mitteln der Allgemeinheit, namentlich den Erträgnissen der Einkommensteuer, bestritten wird. Die Sozialdemokratie besitzt in ihrem Programm die Forderung nach „Verstaatlichung der Arbeiterversicherung". Was soll sie bedeuten? Doch nur, daß die Mittel der Fürsorge aufgebracht werden durch die Allgemeinheit. In Artikel 163 der Reichsverfassung heißt es: „Jedem Deutschen soll die Möglichkeit gegeben werden, durch wirtschaftliche Arbeit seinen Unterhalt zu erwerben. Soweit ihm angemessene Arbeitsgelegenheit nicht nachgewiesen werden kann, wird für seinen Unterhalt gesorgt." Diese Bestimmung deutet viel mehr auf eine Staatsfürsorge als auf eine Versicherung hin. Diese Art Staatsfürsorge ist in manchen sozialpolitisch fortgeschrittenen Ländern schon eingeführt, wie z. B. in Australien, wo Erwerbsunfähige und alte Leute Renten aus Staatsmitteln erhalten, ohne daß vorher erst Beiträge gezahlt oder Marken geklebt zu werden brauchten.

Zwei Einwendungen können gegen eine derartige Staatsfürsorge erhoben werden: Erstens, daß sie die Selbstverwaltung durch die Versicherten entbehrt, und zweitens, daß namentlich das Reich keine Mittel dazu habe. Der erstgedachte Einwand konnte vor den politischen Umwälzungen mit einiger Berechtigung vorgebracht werden. Hatten doch früher die arbeitenden Schichten der Bevölkerung nur einen geringen Einfluß auf Gesetzgebung und öffentliche Verwaltung. Aus diesem Grunde entstand auch früher die Forderung nach Einführung einer Arbeitslosen**versicherung**, und zwar einer solchen, die möglichst losgelöst ist von der Staatsorganisation. Beispielsweise verlangten die Gewerkschaften eine Arbeitslosenfürsorge nach dem „Genter System", bei dem die Gewerkschaften die Träger der Versicherung sind. Nachdem nun aber die politischen Umwälzungen wenigstens formell sehr ausgestaltete demokratische Einrichtungen gebracht haben und die Arbeiterschaft nicht mehr behaupten kann, daß sie eine ihrer ziffernmäßigen Stärke entsprechende Einwirkung nicht besitzt, kann eine Arbeitslosen**versicherung** aus dem Gesichtswinkel der Selbstverwaltung nicht mehr gefordert werden. In Wirklichkeit ist die heutige Erwerbslosenfürsorge auch auf breiter demokratischer Grundlage aufgebaut. Nach § 13 der jetzt maßgebenden Verordnung sind für die Durchführung der Erwerbslosenfürsorge in den einzelnen Orten und Bezirken **Fürsorgeausschüsse** zu errichten, zu denen Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer in gleicher Zahl hinzugezogen werden müssen. Meist entscheiden die Fürsorgeausschüsse über jeden einzelnen Fall eines Anspruches. Zum mindesten sind sie berufen, Streitigkeiten in Angelegenheiten der Erwerbslosenfürsorge zu erledigen. Die näheren Bestimmungen über die Zusammensetzung, Bestellung und Geschäftsführung der Fürsorgeausschüsse hat die Gemeinde zu treffen. „Bei Auswahl der Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden Wünsche der Berufsverbände regelmäßig zu berücksichtigen sein", heißt es in den preußischen Ausführungsvorschriften zu § 13. Über Beschwerden gegen die Fürsorgeausschüsse entscheidet die Kommunalaufsichtsbehörde endgültig. Solche Beschwerden kommen aber äußerst selten vor, woraus zu schließen ist, daß die Fürsorgeausschüsse ihren

Aufgaben vollkommen gerecht werden. Gewiß wird diese Mitwirkung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer im einzelnen noch auszugestalten sein; im allgemeinen ist sie aber eine geeignete Grundlage der Organisation.

Der Einwand mangelnder Leistungsfähigkeit der öffentlichen Körperschaften (Reich, Land und Gemeinde) hat gewiß viel Berechtigung. Man muß jedoch die Gegenfrage stellen: fällt es den Arbeitgebern und Arbeitnehmern etwa leichter, die Lasten aufzubringen? Bisher war wohl allgemeine Anschauung, daß die Beiträge zur sozialen Versicherung einen Teil der Produktionskosten bilden. Nun wohl: Kann man heute verantworten, die Produktionskosten noch weiter zu steigern? Eine weitere Verteuerung der Waren wäre die Folge. Mit dem Hinweis auf die Einschränkung der Konkurrenzfähigkeit dem Ausland gegenüber durch die Kosten der Sozialversicherung mag gewiß Mißbrauch getrieben worden sein; in der Zeit des wirtschaftlichen Wiederaufbaues des Deutschen Reiches darf er nicht von der Hand gewiesen werden. Übertragen wir die Mittelaufbringung dem Reich usw., also der Allgemeinheit, so wird auch das sogen. mühelose Einkommen, werden auch die Rentner usw. mit dazu herangezogen. Wir ersparen uns dann auch neue Einrichtungen zur Beitragseinziehung, die unsern ohnehin schon umfangreichen Verwaltungsapparat nur weiter vergrößern. Es tut aber Vereinfachung sehr not.

Man kann noch darauf hinweisen, daß bei der Erwerbslosenfürsorge mehr wie bei jedem anderen Fürsorgezweig die Verhütung von Unterstützungsfällen die Hauptsache ist. Die Regelung der Produktion, die Beschaffung von Arbeit, kann aber vom Reich, den Ländern und Gemeinden viel besser besorgt werden als von gesonderten Versicherungsträgern, die in ihren Befugnissen und in ihrer Bewegungsfreiheit sehr beschränkt sind. Reich, Länder und Gemeinden werden zu diesen Vorbeugungsmaßnahmen mehr angespornt, wenn sie es sind, die die Mittel der Fürsorge zu tragen haben. Bei den Fragen der Gütererzeugung, der Regulierung des Arbeitsmarktes, spielen die gesetzgeberischen Maßnahmen auch eine viel größere Rolle als bei der Gesundheitspflege und der Versicherung der Arbeits**unfähigen**. Bei der Erwerbslosenfürsorge lassen sich auch die Kosten gar nicht so bestimmt im voraus berechnen. Eine schwere wirtschaftliche Krise kann große Summen verschlingen, welche die Kräfte einer Arbeitslosenversicherung weit überschreiten.

Haben wir also bereits in der gegenwärtigen Erwerbslosenfürsorge eine Einrichtung, die nicht nur theoretischen sozialpolitischen Anschauungen, sondern auch den Erfordernissen der Praxis im allgemeinen entspricht, so liegt doch kein Grund vor, sie aufzuheben und in eine unzulänglichere Arbeitslosen**versicherung** umzuwandeln. Hätten wir diese Fürsorge noch nicht, so läge es vielleicht näher, mit einer **Versicherung** den Anfang zu machen. Weite Kreise der Arbeitnehmerschaft werden die Notwendigkeit der Umwandlung nicht einsehen. Es ist anzunehmen, daß sie sich gegen die neuen Lasten sträuben und, wenn die Versicherung doch kommt, durch Lohnkämpfe versuchen werden, die neuen Ausgaben wieder auszugleichen. Denn daß die Versicherung auf Kosten einer Einschränkung in der Lebenshaltung der Arbeitnehmerschaft erfolgt, ist weder zu erwarten noch erwünscht. Also ist es letzten Endes auch gleich, in welcher Form die Mittel aufgebracht werden. Bei Einführung der Arbeitslosenversicherung hätten wir uns nur einmal im Kreise gedreht.

Sollte bei seiner Zusammensetzung der Reichstag gleichwohl die Einführung einer Arbeitslosenversicherung beschließen, so ist der hierzu bereits vorgelegte Gesetzentwurf keine geeignete Form einer Neugestaltung. Er schlägt vor, die Durchführung der Versicherung neu zu schaffenden **Krankenkassenverbänden** zu übertragen. Das liegt weder im Interesse der Krankenversicherung noch der Erwerbslosenfürsorge. Bei beiden Fürsorgezweigen handelt es sich um ganz verschiedene Aufgaben, um einander

wesensfremde Unterstützungsfälle. Die Arbeitslosenversicherung will eine Hilfe für die Erwerbsunmöglichkeit, die Krankenversicherung für die Erwerbsunfähigkeit. Beide Bedürfnisfälle sind ganz verschieden zu behandeln. Die gesamte Sozialversicherung, einschließlich der Krankenversicherung, ist nur zugeschnitten auf die Verhütung und Beseitigung oder Milderung der Folgen von Krankheit und Erwerbsunfähigkeit. Hier bietet sich ein so großer Komplex auch noch auszugestaltender Aufgaben, daß die Träger dieser Versicherung alle Hände voll zu tun haben und nur von der zweckmäßigen Erfüllung ihrer Aufgaben abgelenkt würden, wenn man sie noch mit neuen, nicht hierher gehörigen Obliegenheiten belastete. Anderseits erfordert aber auch die Erwerbslosenfürsorge eine ganz eingehende Pflege. Bei dieser handelt es sich auch nicht nur um prompte Auszahlung der Unterstützungen, sondern auch um möglichste Verhütung und Beseitigung der Arbeitslosigkeit. Dazu sind mannigfache Einrichtungen nötig, wie Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Berufsumschulung, Beschaffung von Notstandsarbeiten usw. Jeder Arbeitslose bedarf ebenso eingehender individueller Behandlung wie der Kranke durch den Arzt. Deshalb müssen auch die Unterstützungsgewährung und jene Behandlung eng miteinander verbunden werden. Eine Trennung wäre von großem Nachteil.

Am richtigsten ist es, die Erwerbslosenfürsorge bleibt in den Händen besonderer, von den Gemeinden und Gemeindeverbänden einzurichtender Stellen, der Arbeitsämter. Die heutigen Arbeitsnachweise sind zu solchen auszugestalten. Die Tätigkeit dieser muß über den Rahmen der Stellenvermittlung hinausgehoben werden. Die Aufgaben, die ihrer harren, sind vielgestaltige. Die Arbeitsämter haben heute schon dort, wo sie bestehen, eine gewisse Selbstverwaltung auf Grund von Satzungen, die einen von den beteiligten Arbeitgebern und Arbeitnehmern gewählten Verwaltungsausschuß vorsehen.

Richtig ist, daß die Übertragung der Beitragseinziehung an die Landesversicherungsanstalten viel Vorteile bieten würde. Es wäre kein besonderer Verwaltungsapparat nötig. Das wäre bei der notwendigen Vereinfachung unseres Versicherungswesens äußerst zweckmäßig. Allerdings müßten erst noch einige Schwierigkeiten überwunden werden. Der Kreis derjenigen Personen, die heute Anrechte auf Erwerbslosenfürsorge haben, ist viel größer als der der Invalidenversicherungspflichtigen. Beispielsweise beschränkt sich die Erwerbslosenfürsorge nicht auf die gegen Gehalt oder Lohn beschäftigten Personen; es haben alle Personen Ansprüche, die infolge des Krieges erwerbslos sind, wie Hausgewerbetreibende, selbständige Geschäftsleute, Lehrer, auch wenn sie noch keine Anstellung hatten, Schriftsteller, entlassene Berufssoldaten usw. Es müßte, da eine Beschränkung kaum vorgenommen werden kann, der Kreis der invalidenversicherungspflichtigen Personen auf diese Gruppen erweitert werden.

Schwierigkeiten würde auch die heutige Unzulänglichkeit der Lohnklassen in der Invaliden- und Angestelltenversicherung bereiten. In ersterer sind alle Versicherten mit mehr als 1050 Mark, in letzterer mit mehr als 5000 Mark Jahresarbeitsverdienst in ein und derselben Klasse. Bei unserer heutigen Geldentwertung kann man schon davon sprechen, daß jeder der beiden Versicherungszweige eine Einheitsklasse besitzt. Würde diese Lohnklasseneinteilung beibehalten, so hätten wir für die Arbeitslosenversicherung nur die Möglichkeit eines Einheitsbeitrages. Das widerspräche aber dem sozialen Grundsatz, daß jeder Versicherte die Lasten nach seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit aufbringt. Dabei kann zunächst unerörtert bleiben, ob die Erwerbslosenunterstützung nach jenen Lohnklassen abgestuft oder wie bisher nur nach den Familienverhältnissen verschieden bemessen wird. Es läßt sich sehr wohl denken, daß die Beiträge verschieden, die Leistungen aber in der angegebenen Art einheitlich sind.

Eine Umgestaltung müßten auch die heu-

tigen Quittungskarten der Invalidenversicherung erhalten. Natürlich könne nur ein einheitlicher Beitrag erhoben werden, von dem ein bestimmter Anteil für die Arbeitslosenversicherung bestimmt und an diese abzuführen ist. Der Aufdruck der Karten hat eine entsprechende Änderung zu erfahren. Wenn das Reich schon nicht die gesamten Kosten der Erwerbslosenfürsorge übernimmt, so muß es wenigstens einen erheblichen Zuschuß tragen.

Ich legte dem Städtetage folgende Entschließung vor:

„Die Erwerbslosenfürsorge ist einer gesetzgeberischen Neugestaltung zu unterziehen, die ihr besonders den Charakter der vorübergehenden Kriegsnothilfe nimmt. Dabei dürfen jedoch Verschlechterungen im Maße der Fürsorge und im Kreise der von ihr erfaßten Personen nicht eintreten. In ihrer Form ist die gegenwärtige Fürsorge höher zu bewerten als eine Arbeitslosenversicherung, da sie nicht nur Arbeitgeber und Versicherte belastet, sondern die notwendigen Mittel durch die Allgemeinheit, namentlich in der Form der Einkommensteuer, aufbringen läßt und die schon bestehenden verschiedenen Zweige der Sozialversicherung nicht vermehrt. Sollte der Reichstag die Umwandlung in eine Versicherung beschließen, so wird der hierüber schon veröffentlichte Entwurf nicht als eine geeignete Grundlage der Neugestaltung erachtet. Die Absicht, die Durchführung der Versicherung den Krankenkassen und Krankenkassenverbänden zu übertragen, ist zu verwerfen. Die Erwerbslosenfürsorge bildet einen vollkommen anderen Komplex von Aufgaben als die Versicherung der Erwerbsunfähigen. Vielmehr ist die Durchführung der Fürsorge den gleichzeitig zu Arbeitsämtern auszugestaltenden heutigen Arbeitsnachweisen zu übertragen. Die beabsichtigte Nichteinbeziehung der ländlichen Arbeiter und der Hausangestellten ist zu verwerfen. Der Kreis der nach der Invaliden- und Angestelltenversicherung versicherungspflichtigen Personen ist auszudehnen und mit dem der Arbeitslosenfürsorge in Übereinstimmung zu bringen, so daß die Beiträge durch einheitliche Zuschläge zu den Invaliden- und Angestelltenversicherungsbeiträgen eingehoben werden können. Zu dem gleichen Zwecke sind auch die Lohn- und Gehaltsstufen der Invaliden- und Angestelltenversicherung entsprechend auszugestalten. Die auf diesem Wege eingehenden Mittel sind von den Landesversicherungsanstalten den mit der Durchführung der Arbeitslosenversicherung betrauten Arbeitsämtern zu überweisen. Das Reich hat Zuschüsse zur Arbeitslosenversicherung von mindestens einem Drittel der Gesamtaufwendungen zu leisten."

In der weiteren Aussprache äußerte sich noch ein Redner für, ein anderer gegen meine Anschauung. Die Abstimmung ergab, daß nur etwa ein Fünftel der Vertreter sich für meine Entschließung erklärte. Durch dies Ergebnis ist selbstverständlich weder meine Überzeugung noch meine Entschlossenheit, sie weiter zu vertreten, erschüttert. Es sollte mich wundern, wenn sich nicht noch mehr Sozialpolitiker finden, die mir beipflichten.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Versicherungspflicht eines russischen Kriegsgefangenen, insbesondere im besetzten Gebiete.

Entscheidung des **Versicherungsamts Kreuznach** vom 29. Juli 1920 (K. 68/20).

Am 24. April 1920 stellte die Kasse nach § 530 Abs. 1 RVO. gegen den Beklagten Strafantrag, weil er den Russen Wladislaus S. beschäftige und nicht zur Krankenkasse angemeldet habe. Dem Strafantrage konnte jedoch nicht stattgegeben werden, da Beklagter zunächst die Versicherungspflicht bestritt. Den Russen habe er aus dem Kriegsgefangenenlager Niederzwehren bei Kassel gemietet, wo ihm gesagt worden sei, daß der Russe gegen Krankheit nicht versichert zu werden brauche, da er im Krankheitsfalle vom Russenlager Krankenfürsorge erhalte. Klägerin (Ortskrankenkasse) beantragte daraufhin zunächst Entscheidung über die Versicherungspflicht. In einer Rückfrage bei dem Gefangenenlager in Niederzwehren wurde darauf hingewiesen, daß es sich um einen Kriegsgefangenen handelt, der nach der Bekanntmachung der Reichsregierung vom 25. Januar 1917 (RGBl. S. 79) nicht den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Kranken- und Unfallversicherung unterstehe. § 1 dieser Bekanntmachung lautet: „Diejenigen Angehörigen feindlicher Staaten, welche, ohne Kriegsgefangene zu sein, auf Grund von Maßnahmen der deutschen Heeresverwaltung zum Zwecke ihrer Beschäftigung nach Deutschland gekommen oder überführt worden sind, werden, soweit sie wegen der durch diese Maßnahmen bedingten Gestalt ihres Arbeitsverhältnisses nicht als versichert im Sinne der Reichsversicherungsordnung gelten, den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Kranken- und Unfallversicherung unterstellt."

Das Versicherungsamt bezweifelte zunächst, ob diese Bekanntmachung im besetzten Gebiet überhaupt noch gilt und machte weiter geltend, daß es sich um Ausländer handelt, die nicht Kriegsgefangene sind und daher versichert werden müssen. Nach Beendigung des Krieges könnten diese Russen nicht mehr als Kriegsgefangene betrachtet werden, wenngleich sie früher Kriegsgefangene waren, denn sie werden u. a. heute nicht mehr als solche behandelt und nur deswegen noch in Sammellagern zusammengehalten, weil sie infolge der Eisenbahn-Durch- und Einreiseschwierigkeiten noch nicht nach Rußland abtranspor-

tiert werden konnten. Im übrigen müßten sie aber wie alle Ausländer, auch als freie Arbeiter angesehen werden, da sie auf Antrag an jedermann zur Arbeitsleistung abgegeben werden und in ihrer Freiheit selbst im besetzten Gebiete nicht weiteren Beschränkungen unterworfen sind, als andere Ausländer auch. Daraufhin teilte die Abwicklungs-Intendantur des früheren XI. Armeekorps in Kassel mit, daß die Internierten nach einem Befehle des Heeres-Abwicklungsamtes vom 20. April 1920 als Kriegsgefangene anzusprechen und dementsprechend zu behandeln sind. — Das Versicherungsamt entschied dahin, daß der Russe *versicherungspflichtig und daher zur Kasse anzumelden* sei. — *Gründe:*

Wie von dem Beklagten zugegeben wurde, war der Russe in Wirklichkeit genau so frei, wie jeder andere deutsche Arbeiter auch. Er konnte gehen, wann und wohin er wollte, und erhielt auf Grund freier Vereinbarung und ohne Vermittlung der Lagerverwaltung einen Wochenlohn von 20 M neben freier Kost und Wohnung. Daß er ein durchaus freier Arbeiter war, beweist schon, daß er nach Ablauf einer Woche ohne Genehmigung der Lagerverwaltung die Stelle verlassen und sich selbst eine andere Stelle suchen konnte. Es wird dem Beklagten zugegeben, daß er bei seiner Unterlassung der Meldepflichten nicht böswillig, fahrlässig oder absichtlich gehandelt hat. Die Meldungen erfolgten nur deswegen nicht, weil er von der Lagerverwaltung dahin belehrt war, daß dies nicht nötig sei. Der Beklagte befand sich danach offenbar in einem entschuldbaren Rechtsirrtum und hat vielleicht im guten Glauben gehandelt. Das Versicherungsamt erachtet auch aus diesem Grunde den § 397 RVO., die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen, hier nicht für anwendbar. Das Versicherungsamt konnte jedoch nach Lage der Sache nicht anerkennen, daß der Russe wie ein Kriegsgefangener im wahren Sinne des Wortes behandelt werde. Dagegen spricht seine in jeder Beziehung volle Willensfreiheit, Bewegungsfreiheit und seine eigene freie Vereinbarung des Arbeitslohnes unmittelbar mit dem Arbeitgeber. Hinzukommt, daß sich im besetzten Gebiete keine anderen Soldaten als nur Besatzungstruppen, daher auch keine Kriegsgefangenen, aufhalten dürfen. Wenn es dem Manne trotzdem gelungen ist, in das besetzte Gebiet hereinzukommen und sich hier aufzuhalten, dann kann er innerhalb des besetzten Gebietes nur als freier Arbeiter angesehen werden, andernfalls müßte er als Kriegsgefangener aus dem besetzten Gebiet abgeschoben werden, wenn die Besatzungsbehörde hiervon etwas erführe. Die Bestimmungen der deutschen Heeresverwaltung, die den Mann als Kriegsgefangenen bezeichnen, können im besetzten Gebiet nicht als gültig anerkannt werden und können insbesondere nicht auf das Recht der Reichsversicherungsordnung Anwendung finden. Versicherungsrechtlich mußte der Mann vielmehr als versicherungspflichtiger Arbeiter erklärt werden. Wenn demnach der Russe im besetzten Gebiete nicht als Kriegsgefangener angesehen werden kann, dann findet auf ihn § 1 der Bekanntmachung vom 25. Januar 1917 (RGBl. S. 79) Anwendung, welcher lautet: „Diejenigen Angehörigen feindlicher Staaten, welche, ohne *Kriegsgefangene zu sein*, auf Grund von Maßnahmen der Deutschen Heeresverwaltung zum Zwecke ihrer Beschäftigung nach Deutschland gekommen oder überführt worden sind, werden, soweit sie wegen der durch diese Maßnahmen bedingten Gestalt ihres Arbeitsverhältnisses nicht als versichert im Sinne der Reichsversicherungsordnung gelten, den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über *Kranken- und Unfallversicherung* unterstellt.

Zur Versicherungspflicht der Mitglieder der von Arbeiter- und Soldatenräten gebildeten Sicherheitswehren.

Entscheidungen a) des **Versicherungsamts Witten** vom 17. Dezember 1919; b) des **Oberversicherungsamts Dortmund** vom 22. September 1920.

a)

Aus den Verhältnissen heraus, wie sie die politischen Umwälzungen November 1918 geschaffen hatten, hat sich auch in W. die zu dem Arbeiter- und Soldatenrat gehörende Sicherheitswehr gebildet. Sie war sozusagen das Exekutivorgan des Arbeiter- und Soldatenrates und sollte gegebenenfalls örtliche Angriffe auf die Revolution und deren politische Fortentwicklung verhüten. Als die neuen politischen Einrichtungen und Schöpfungen genügend gesichert erschienen, ist die Sicherheitswehr wieder aufgelöst worden.

Ohne Willen und ohne Mitwirkung des Magistrats und der Polizeiverwaltung ist die Sicherheitswehr gegründet, und nahezu in völliger Unabhängigkeit und Selbständigkeit von diesen Stellen hat sie auch ihre Tätigkeit ausgeübt. Wenn die Sicherheitsmänner von der Stadt ihren Lohn erhalten haben, so erklärt sich hieraus nicht etwa das Einverständnis der Stadt, sondern nur der Zwang auf Duldung und Unterhaltung der damaligen Einrichtung. Freier Wille war es jedenfalls nicht, als der Magistrat als Vertreter der Stadt und die Polizeiverwaltung die Einrichtung zur Vermeidung von Ruhestörungen gelten ließen, und es ist für die Frage der Beurteilung eines krankenversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses der Wehr wichtig, daß sie nach dem Urteil des Polizeiinspektors unnötig war und daß sie der Polizeiverwaltung wenig geholfen, wohl aber ihr allerlei Schwierigkeiten bereitet hat.

Dagegen hat der Arbeiter- und Soldatenrat zweifellos bei der Gründung der Sicherheitswehr entscheidenden Einfluß gehabt. Dieser ist aber selbst

auf dem Boden der damaligen Verhältnisse erwachsen und kann als Arbeitgeber im Sinne der krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen schon deshalb nicht angesehen werden, weil er an die Sicherheitsmänner keinen Lohn zahlte und von deren Arbeitsleistungen selbst auch keinen Nutzen hatte.

Als Arbeitgeber im Sinne der krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen der RVO. kann aber auch weder der Magistrat, noch die Polizeiverwaltung angesehen werden. Ein krankenversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis setzt den Vertragswillen beider Parteien, des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers, voraus. Dieser Vertragswille der einen Partei, nämlich des Arbeitgebers, fehlt hier aber. Haben — wie schon nachgewiesen — der Magistrat und die Polizeiverwaltung die Sicherheitswehr nicht gewünscht, sie unter dem Zwange der damaligen Verhältnisse vielmehr nur geduldet, dann fehlt es damit auch an der Übereinstimmung, daß die eine Partei Dienste leisten, die andere solche annehmen wollte (Stier-Somlo, § 165 Anmerk. 24 RVO.).

Kommt weder der zeitweilige Arbeiter- und Soldatenrat, noch der Magistrat oder die Polizeiverwaltung als Arbeitgeber in Betracht, so bleibt noch zu prüfen, ob nicht etwa als Arbeitgeber das Reich anzusehen war, weil die politischen Umwälzungen im ganzen Reiche eintraten, und weil überall gleiche oder ähnliche Einrichtungen seiner Zeit entstanden sind. Aber auch das muß verneint werden.

Organe des Reiches haben bei Gründung der Sicherheitswehren nicht mitgewirkt und auch sonst nicht ihren Willen zu erkennen gegeben, daß das Reich sich als Arbeitgeber der Wehren im krankenversicherungsrechtlichen Sinne betrachtete. Am besten beweist dies, daß die Einrichtungen dieser Wehren nicht von ihm unterhalten worden sind. Für die Verteidigung der in der Entwicklung begriffenen neuen politischen Einrichtungen bedurfte die Reichsregierung dieser örtlichen Sicherheitswehren auch nicht, weil ihr die Reichswehr zur Verfügung stand, deren sie sich in mehreren Fällen, so bei den Unruhen in Berlin, München, Hamburg usw., auch tatsächlich bedient hat.

Ist keine der genannten Behörden oder Personen als Arbeitgeber im Sinne der RVO. anzusehen, so fehlen auch die Voraussetzungen für ein krankenversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis überhaupt. Die Dienste, die die Wehr verrichtet hat, sind deswegen nicht nach krankenversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten, sondern nur unter dem Gesichtswinkel der großen Ziele zu beurteilen, die die Revolution erstrebte.

Tatsächlich betrachtete ein großer Teil der Sicherheitswehrleute sein Arbeitsverhältnis auf den Werken auch nicht für gelöst und gehörte während der Zeit der Einstellung bei der Wehr weiter den Betriebskrankenkassen der Werke an. Über die irrtümlich oder aus Wohlwollen seitens des Magistrats bereits erstatteten Anmeldungen und gezahlten Beiträge war nicht zu entscheiden. Wie die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse liegen, konnte nur, wie geschehen, entschieden werden.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse erhob Beschwerde und führte, unter Hinweis auf Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 165 RVO., folgendes aus: „Die Mitglieder der Sicherheitswehr gehörten fast ausschließlich dem Arbeiterstande an. Sie zählten zu den persönlich und wirtschaftlich unselbständigen, gegen Entgeld arbeitenden Personen, also zu denjenigen, welchen die Fürsorge des Gesetzes zugedacht ist. Sie erhielten ihre Tätigkeit im allgemeinen und Aufträge von Fall zu Fall von einer „vorgesetzten Stelle“ zugewiesen. Der Wert oder Unwert ihrer Tätigkeit gereichte der Allgemeinheit zum Vorteil oder Nachteil, die — verkörpert durch die „vorgesetzte Stelle“ — demgemäß Art und Richtung der Tätigkeit zu bestimmen und näher zu regeln hatte. Damit ist das Wesentliche für die versicherungsrechtliche Beurteilung des Falles gegeben: Auf der einen Seite die persönlich und wirtschaftlich unselbständigen Personen (die Sicherheitswehrleute), auf der anderen Seite die mit Weisungs- usw. Befugnissen ausgerüstete „vorgesetzte Stelle“. Danach kann es nicht zweifelhaft sein, daß die Tätigkeit der Sicherheitswehrleute krankenversicherungspflichtig ist. Zweifelhaft kann nur sein, wer der Arbeitgeber ist. Nach den Ausführungen in dem Schreiben der Kasse vom 18. 6. 19, auf die Bezug genommen wird, kommen als Arbeitgeber einmal der Arbeiter- und Soldatenrat und zum anderen der Magistrat oder die Polizeiverwaltung in Frage.

Die Schriftleitung der „Arbeiter-Versorgung“ hält die Mitglieder der Sicherheitswehren ebenfalls für krankenversicherungspflichtig (vgl. 1919 S. 139 Ziff. 4). U. W. hat das Versicherungsamt Bochum ebenso in diesem Sinne entschieden und die dortige Polizeidirektion als Arbeitgeberin bezeichnet.

Das Reichsversicherungsamt hat sich in dieser Sache wie folgt geäußert: „Als Personen des Soldatenstandes im Sinne der RVO. können die Mitglieder (gemeint sind die von Arbeiter- und Soldatenräten gebildeten Wehren) nicht angesehen werden usw. Sonst lassen sich die Dinge nicht genügend übersehen, um zu der Frage der Versicherungspflicht der Mitglieder dieser Wehren Stellung zu nehmen. Die Prüfung der Versicherungspflicht muß vielmehr im einzelnen Falle der Entscheidung der Instanzen überlassen bleiben“ (vgl. „Ortskrankenkasse“ Nr. 15 Sp. 459 von 1919).

Das Oberversicherungsamt fällte folgende Entscheidung:

b)

Die in der Zeit vom 9. November 1918 bis zum 15. Oktober 1919 zur Sicherheitswehr der Stadt W. gehörenden Personen waren krankenversicherungspflichtig bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in W. Als Arbeitgeber ist die Polizeiverwaltung bzw. der Magistrat anzusehen. — Gründe:

... Wie das Oberversicherungsamt bereits in einer in den Grundzügen gleichliegenden Sache bezüglich der Sicherheitswehr des Arbeiter- und Sol-

datenrates in Bochum ausgesprochen hat, sind die Mannschaften solcher Sicherheitswehren krankenversicherungspflichtig. Als Arbeitgeber im versicherungsrechtlichen Sinne ist die Polizeiverwaltung anzusehen, als deren unterstützende Organe bei dem Schutze der Einwohner und ihres Eigentums gegen Übergriffe Einzelner und bei der Aufrechterhaltung von Ruhe, Sicherheit und Ordnung die Sicherheitswehren in ihrer Betätigung im polizeilichen Hilfsdienst angesprochen werden müssen. In diesem Sinne hat das Oberversicherungsamt in der angezogenen Entscheidung betr. die Bochumer Sicherheitswehr die staatliche Polizeiverwaltung als Arbeitgeber festgestellt. Das Oberversicherungsamt sieht keine Veranlassung, von diesem früher eingenommenen Standpunkte abzugehen.

Da die Stadt W. keine staatliche Polizei hat, so ist die Trägerin der Kosten der Versicherung die Stadt W. Dies entspricht auch dem Standpunkt der Verfügung des preußischen Ministers des Innern vom 30. Juni 1919 (MBl. f. innere Verw. vom 15. 7. 1919 S. 296).

Anm.: Zu vgl. außer der erwähnten Auskunft hier 1919 S. 139 noch Erlaß des bayerischen Ministeriums für Soz. Fürsorge, hier 1919 S. 608.

Rechte der Einwohner des Saargebiets aus der RVO. sind durch den Friedensvertrag nicht berührt.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Mai 1920 (Ia 1867/19).

Bei der Verhandlung der Unfallsache des Bergmanns Peter R. in Großrosseln (Saargebiet) wurde die Prüfung der Frage angeregt, ob das RVAmt noch über den Rekurs des R. zu entscheiden habe, obwohl Kläger im Saargebiet wohnt. Das RVAmt bejahte diese Frage aus folgenden Gründen:

Nach § 23 der Anlage zu den Artikeln 45 bis 50 des Friedensvertrages von Versailles sollen die Gesetze und Verordnungen, die in jenem Gebiete am 11. November 1918 in Kraft waren (abgesehen von den mit Rücksicht auf den Kriegszustand getroffenen Bestimmungen), in Kraft bleiben. Die RVO. ist vor dem 11. November 1918 in Kraft getreten, auch durch den Kriegszustand nicht veranlaßt gewesen, gehört also zu den ausdrücklich aufrechterhaltenen Gesetzen. In § 28 derselben Anlage ist weiter bestimmt worden, daß unter Vorbehalt des § 4 die Rechte der Einwohner des Saarbeckens in Versicherungs- und Rentensachen durch keine Bestimmung des Friedensvertrages berührt werden. § 4 berührt den Anspruch des Klägers nicht. Wenn aber hier dem Berechtigten die Befugnis beigelegt worden ist, seine Ansprüche zu verfolgen und geltend zu machen, so kann er auch die Instanzen anrufen, die das aufrechterhaltene Gesetz, die RVO., bestimmt. (Breithaupt.)

Zur Ausschlußfrist für Ersatzansprüche des Armenverbandes gegen Versicherungsträger (§ 1539 RVO.).

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 1. Juni 1920 (2598 Amtl. Nachr. 1920 S. 406).

Das 5. Buch der RVO. regelt die Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu anderen Verpflichteten (zu vgl. die Überschrift dieses Buches). Diese Regelung ist, wie das Oberversicherungsamt mit Recht annimmt, erschöpfend. Sie schließt die Anwendung sonstiger, in erster Reihe für die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Versicherten maßgebender Vorschriften des 2. Buches aus. Der Armenverband kann also, wenn er nach gesetzlicher Pflicht Armenunterstützung gewährt hat, seinen Erstattungsanspruch nur auf § 1531, nicht außerdem noch auf § 203 stützen. Daraus folgt, daß für die Geltendmachung des Ersatzanspruchs die Ausschlußfrist des § 1539 maßgebend sein muß. Denn diese Vorschrift bezieht sich gerade auf Ersatzansprüche des 5. Buches, insbesondere § 1531. Sie geht als Sondervorschrift etwaigen sonstigen allgemeinen Vorschriften vor. Mit gutem Grunde hat übrigens der Gesetzgeber die fraglichen Ersatzansprüche einer kurzen Ausschlußfrist unterworfen. Denn die hier als Anspruchsberechtigte in Betracht kommenden Versicherungsträger, Gemeinden usw. bedürfen des Schutzes einer langen Verjährungsfrist weit weniger als die vielfach rechtsunkundigen und geschäftsungewandten Einzelpersonen, die sonst in der sozialen Versicherung als Anspruchsberechtigte auftreten. Es ist auch zu beachten, daß der Gesetzgeber die Erstattungsansprüche des 5. Buches dadurch mit einem gewissen Vorrecht ausgestattet hat, daß er bei ihnen nach § 1778 die Revision allgemein zugelassen hat, während sonstige Erstattungsansprüche, die nicht im 5. Buche geordnet sind, im allgemeinen nicht revisionsfähig sind. Es ist daher nicht unbillig, wenn die ersatzberechtigten öffentlichen Verbände an die einschränkende Ausschlußfrist des § 1539 gebunden sind.

Die Begründung zum Entwurfe der RVO., von der die Ausführungen zu § 1484 (S. 452) in Verbindung mit §§ 1514, 1516 (S. 468) in Betracht kommen, enthält keine Stütze für den gegenteiligen Standpunkt. Die Anwendung des § 1539 beschränkt sich auf den Fall, daß der Armenverband in seiner Eigenschaft als solcher kraft gesetzlicher Verpflichtung eingreift. Wenn etwa die Gemeinde ohne gesetzliche Verpflichtung für die Beerdigung sorgt, um die Interessen der Hinterbliebenen wahrzunehmen, so bewendet es bei den allgemeinen Verjährungsvorschriften.

Der Revision ist nur darin beizutreten, daß die Auffassung des Oberversicherungsamts, wonach infolge der Vorschrift des § 1539 der Armenverband seinen Anspruch auch dann verliere, wenn der un-

mittelbar Berechtigte, der die Beerdigungskosten verauslagt hat, seinen Anspruch bei dem Armenverband erst nach sechs Monaten anmeldet, nicht zutrifft. Die sechs Monate werden in diesem Falle erst von dem Zeitpunkt ab zu rechnen sein, wo der Armenverband seinerseits die Unterstützung leistet. Doch ist diese Ausführung des angefochtenen Urteils für das Ergebnis der Entscheidung unerheblich.

Beginn der Ausschlußfrist des § 1539 RVO.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Senats) vom 16. September 1920 (IIa K. E. 80/20).

Der Orts- und Landarmenverband Berlin hat die hilfsbedürftige Wäschenäherin Emilie S., die bis zum 28. Januar 1916 versicherungspflichtig beschäftigt und daher Pflichtmitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin war, vom 28. Januar 1916 ab durch Irrenanstaltspflege unterstützt; die Unterstützung dauert noch an. Am 5. April 1919 hat er den ihm nach §§ 1531 ff. RVO. zustehenden Ersatzanspruch in Höhe von 158 ℳ 63 Pf. bei der beklagten Kasse geltend gemacht. Die Beklagte hat die Mitgliedschaft der S. bei Beginn der Unterstützung durch den Kläger anerkannt, ihre Hilfsbedürftigkeit nicht bestritten, auch gegen die Höhe der Forderung Einwendungen nicht erhoben. Sie lehnt aber den Anspruch ab, da nach ihrer Meinung am Tage seiner Erhebung die Ausschlußfrist des § 1539 RVO. bereits abgelaufen war.

Die Vorinstanzen haben die Beklagte zur Zahlung des geforderten Betrages verurteilt. Mit der Revision sucht die Beklagte darzutun, daß die Ausschlußfrist des § 1539 RVO. bei Geltendmachung des Ersatzanspruchs bereits verstrichen gewesen sei, weil unter „Unterstützung" im Sinne des § 1539 die Leistungen des Versicherungsträgers zu verstehen seien. — Die Revision ist zurückgewiesen. Gründe:

Nach § 1539 RVO. ist der Anspruch auf Ersatz ausgeschlossen, wenn er nicht spätestens sechs Monate nach Ablauf der Unterstützung bei dem Träger der Reichsversicherung geltend gemacht wird. Geht man von dem Wortlaute dieser Vorschrift aus, so ist sie dahin zu verstehen, daß die Ausschlußfrist mit dem Ende der durch den Ersatzberechtigten gewährten Unterstützung zu laufen beginnt. Diese Bedeutung des Wortes „Unterstützung" wird besonders deutlich gemacht durch die Verweisung des § 1539 auf die §§ 1531 bis 1535 a. a. O., denn in diesen Vorschriften sind die Worte „Unterstützung" und „unterstützen" stets nur in bezug auf die Leistungen der Ersatzberechtigten gebraucht.

Bei dem klaren Wortlaut des § 1539 könnte die Rechtsansicht der Beklagten nur gebilligt werden, wenn gewichtige andere Gründe gegen die wortgemäße Auslegung des Gesetzes sprächen. Solche Gründe sind jedoch nicht ersichtlich. Verfehlt ist insbesondere die Bezugnahme der Beklagten auf § 1508 RVO. und die Begründung des ihm entsprechenden § 1489 des Entwurfs, die in Übereinstimmung mit dem Gesetz Anmeldung des Ersatzanspruchs binnen sechs Monaten „seit Beendigung der Kassenleistungen" verlangt. § 1508 RVO. betrifft den Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen den Träger der Unfallversicherung. Er bestimmt für die Geltendmachung dieses Ersatzanspruchs eine Ausschlußfrist und läßt sie mit der Beendigung der Kassenleistungen beginnen. Auch in ihm wird also die Frist erst in Lauf gesetzt, wenn der Ersatzberechtigte, nämlich die Krankenkasse, ihre Unterstützungshandlung beendigt hat. Die Beendigung der Kassenleistungen hat für § 1508 insofern die gleiche Bedeutung wie der Ablauf der Unterstützung in § 1539. Die Übereinstimmung besteht darin, daß nunmehr der Ersatzberechtigte seine Hilfeleistung eingestellt hat. Erst von diesem Zeitpunkte läuft in beiden Fällen die Ausschlußfrist. § 1508 kann also zur Begründung der von der Revision vertretenen Auffassung nicht herangezogen werden. Im übrigen knüpft § 1521 des Entwurfs, der dem § 1539 der Reichsversicherungsordnung entspricht, ebenfalls die Ausschlußfrist an den Ablauf der Unterstützung.

Allerdings ist nicht zu verkennen, daß die Krankenkassen ein Interesse daran haben können, der Geltendmachung von Ersatzansprüchen nach Ablauf von Jahren seit Beendigung der Kassenleistungen nicht mehr ausgesetzt zu sein. Allein dieses an sich begründete Interesse der Kassen, dem andererseits das Interesse der ersatzberechtigten Verbände an einer ausreichenden Sicherung ihrer Ersatzansprüche gegenübersteht, kann mit Rücksicht auf den klaren Wortlaut des § 1539, seine Entstehungsgeschichte und seine Stellung im Gesetz ausschlaggebende Bedeutung nicht beanspruchen.

B. Zur Krankenversicherung.

Streik als Wiedereinsetzungsgrund. — Zum Begriff des einheitlichen Versicherungsfalls bei dauernder Krankheit.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Senats) vom 30. Juni 1920.

Die Revisionsschrift ist zwar erst am 24. März 1920 beim Reichsversicherungsamt eingegangen, also, da das Urteil am 19. Februar zugestellt war, um fünf Tage zu spät. Sie ist jedoch, wie der Poststempel ergibt, am 16. März zur Post gegeben. Die Verzögerung in der Bestellung war lediglich durch den Generalstreik verursacht. Dem Antrag des Klägers auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand war daher nach § 131 der Reichsversicherungsordnung stattzugeben. Der Revision mußte jedoch der Erfolg versagt werden, weil das angefochtene Urteil weder auf der Nichtanwendung, noch auf der unrichtigen

Anwendung des bestehenden Rechts, noch auf einem Verstoße wider den klaren Inhalt der Akten beruht, das Verfahren auch nicht an wesentlichen Mängeln leidet, mithin keiner der gesetzlich zugelassenen Revisionsgründe vorliegt (§ 1697 RVO.).

Die Feststellung des Oberversicherungsamts, daß die Erkrankungen, für welche der Kläger Krankengeld beansprucht, mit seinen früheren Erkrankungen einen einheitlichen Unterstützungsfall bilden, weil sie dauernd ärztliche Behandlung erforderlich machten, wird durch die gutachtlichen Äußerungen der behandelnden Ärzte Dr. H. vom 8. Februar 1917 und 9. Juni 1918 sowie des Dr. B. vom 1. Oktober 1918 in hinreichender Weise gestützt. Es handelt sich also nicht, wie in der Vorentscheidung zutreffend ausgeführt ist, um einen neuen Unterstützungsfall, der nach § 26 der Kassensatzung zu beurteilen wäre. Es liegt vielmehr ein einheitlicher Unterstützungsfall vor, für den nach § 20 Abs. 5 der Kassensatzung in Übereinstimmung mit § 183 RVO. die am 17. Februar 1916 begonnene Krankenhilfe spätestens mit Ablauf der 39. Woche endete. Für diejenigen Teile dieses Zeitraumes, in denen kein Krankengeld gezahlt ist, kommt es nicht darauf an, ob Krankenpflege tatsächlich gewährt worden ist, sondern nur, ob (unabhängig von der Frage, ob Arbeitsunfähigkeit fortdauerte) der Kläger dauernd der Heilbehandlung bedurfte. Dies konnte das Oberversicherungsamt nach den erwähnten ärztlichen Äußerungen ohne Rechtsirrtum bejahen.

Kassenwechsel während des Bezugs von Wochenhilfe. — Voraussetzungen für Stillgeld.

Bescheid des Reichsarbeitsministers v. 8. September 1920 (II 6586).

I. Die völlige Ausschaltung des § 212 RVO. in Fällen der Wochenhilfe ist durch den § 195a Abs. 3 RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 30. April 1920 nicht beabsichtigt gewesen. Auch der gewählte Ausdruck, wonach die erstverpflichtete Kasse zur weiteren Durchführung der Leistungen zuständig bleibt, spricht dafür, daß die Vorschrift hier nur die geschäftliche Abwicklung im Auge hat, nicht aber die materiellen Ansprüche der Empfangsberechtigten ändern will. Ebenso weisen die Ausführungen in der Begründung nur auf die Absicht des Gesetzgebers hin, die geschäftliche Abwicklung zu erleichtern. Mit Rücksicht auf die Vorschrift des § 197 kommt eine materielle Beteiligung anderer Kassen auf Grund eines Mitgliedschaftswechsels nach der Niederkunft nur dann in Betracht, wenn diese anderen Kassen andere und höhere satzungsmäßige Mehrleistungen bei der Wochenhilfe gewähren als die erstverpflichtete Kasse. Nur in diesen Fällen wird also die erstverpflichtete Kasse sich nach Abwicklung des Falles an die weiteren Kassen wegen Erstattung des der eigenen Satzung gegenüber gezahlten Mehrbetrages zu wenden haben. Daß sich aus dieser Tatsache eine empfindliche geschäftliche Mehrbelastung ergeben sollte, möchte ich so lange nicht annehmen, als mir nicht auf Grund von Tatsachen das Gegenteil nachgewiesen wird. Gegebenenfalls könnte dann allerdings anläßlich der Gesamtreform der Reichsversicherungsordnung die Frage geprüft werden, ob nicht in Fällen der Wochenhilfe eine Anwendung des Grundsatzes im § 212 RVO. überhaupt auszuschließen sein möchte.

II. Zu der Frage, ob im Falle des Todes der Wöchnerin zu den noch fälligen Bezügen, die gemäß § 195b RVO. an denjenigen zu zahlen sind, der für den Unterhalt des Kindes sorgt, auch das Stillgeld gehört, habe ich auf eine Anfrage kürzlich geantwortet, daß nach den seitherigen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung ein Stillgeld nur dann zu gewähren ist, wenn die Wöchnerin das Kind selbst stillt. Mit dem Tode der Mutter fällt diese Möglichkeit fort. § 195b Abs. 3 RVO. ist in das Gesetz vom 30. April 1920 erst auf Grund eines bei der dritten Lesung gestellten Antrages angenommen worden. Bei der nur kurzen Besprechung über den Antrag ist der in der Anfrage gestellte Punkt nicht zur Erörterung gelangt. Die Absicht des Antrages dürfte allerdings wohl dahingegangen sein, die unmöglich gewordene Voraussetzung des Stillens durch die Mutter selbst in den betreffenden Fällen durch diejenige des Stillens durch eine andere zu ersetzen. Ob die Rechtsprechung im instanziellen Verfahren zu dieser milderen Auffassung gelangen wird, muß abgewartet werden. Wenn in der dortigen Eingabe noch die Voraussetzung aufgestellt wird, daß die Wöchnerin vor ihrem Tode bereits gestillt habe, so möchte ich glauben, daß bei Anerkennung der obigen milden Auffassung auch von ihr abgesehen werden kann. Sie hätte jedenfalls da keine Berechtigung, wo die Wöchnerin alsbald bei oder nach der Geburt gestorben ist, da hier keine Vermutung dafür Platz greifen könnte, daß sie im Falle des Weiterlebens das Kind nicht selbst gestillt haben würde. Eine Unterscheidung dieser Fälle von den sonstigen aber dürfte allzu kasuistisch wirken.

Versagung der Genehmigung der Dienstordnung durch das Oberversicherungsamt.

Entscheidung des bayer. Landesversicherungsamts vom 29. November 1919 (K. b. 5/19).

Bisher waren in der Dienstordnung der Allg. Ortskrankenkasse S. nur Klassen für den Geschäftsführer und für den Krankenüberwacher vorgesehen, der zugleich als Einkassierer beschäftigt ist. Das Gehalt des Krankenüberwachers in Klasse II ist auf 1300 bis 2600 ℳ festgesetzt. Den Angestellten war

ein Urlaub, und zwar für Klasse I von zwei Wochen, für Klasse II von zehn Tagen gesichert. Am 17. Juni 1919 beschlossen der Kassenvorstand und der Ausschuß der Kasse, nachdem schon seit längerer Zeit beschlossen worden war, auch einen Assistenten anzustellen, aufs neue, denselben in die Klasse II der Dienstordnung einzureihen. Am gleichen Tage wurde auch beschlossen, den Angestellten nach fünfjähriger Dienstleistung einen längeren Urlaub zu gewähren, und zwar bei der Klasse I einen Urlaub von drei Wochen, bei der Klasse II einen solchen von zwei Wochen. Das Oberversicherungsamt genehmigte die Änderung der Dienstordnung in der Weise, daß ein dritter Angestellter — Assistent — vorgesehen werde mit dem Gehalt, welcher den Beamten der Klasse 26 des bayerischen Beamtengesetzes vom 16. August 1908 nach der Gehaltsordnung dermalen zukomme; dagegen wurde die Verlängerung des Urlaubes überhaupt nicht genehmigt. — Gegen den Beschluß hat der Kassenvorstand Beschwerde eingelegt. Die Beschwerde ist für begründet erachtet worden aus folgenden Gründen:

Was die Einreihung des Assistenten in die Klasse II anlangt, so geht die Beschwerdeschrift zwar insofern von einer falschen Voraussetzung aus, als sie glaubt, daß infolge eines bereits abgeschlossenen Anstellungsvertrages eine Berechtigung auf Einreihung in die Klasse II bestehe. Ein Anstellungsvertrag, der der Dienstordnung widerstreitet, müßte vielmehr im Aufsichtswege gemäß § 377 RVO. beseitigt werden. Dagegen ist der Beschwerdeführerin zuzustimmen, wenn sie keinen wichtigen Grund zur Versagung der Genehmigung gegeben erachtet.

Das Oberversicherungsamt hat in seinem Beschluß angeführt, daß kein Anlaß bestehe, über die von ihm gewählte Gehaltsbemessung der Klasse 26 hinauszugehen. Es handelt sich aber nicht darum, ob ein Anlaß besteht, die Genehmigung zu erteilen, sondern darum, ob ein wichtiger Grund vorhanden ist, um die Genehmigung zu versagen. Nun erscheint es zweifellos aus mehrfachen Gründen wünschenswert, daß innerhalb des Bezirks des Oberversicherungsamts eine gewisse Gleichmäßigkeit besteht und die Bezüge der Krankenkassenbeamten tunlichst denjenigen der Staats- oder Gemeindebeamten angeglichen werden; allein im vorliegenden Fall ist diese Erwägung nicht derart ausschlaggebend, daß die Genehmigung der Gehaltsfestsetzung versagt werden müßte. Von einem auffälligen Mißverhältnis zwischen der von den Kassenorganen beschlossenen Besoldung und den Aufgaben des Assistenten kann jedenfalls nicht gesprochen werden. Der Unterschied, der zwischen einer Gehaltsbemessung von 1200 bis 2100 ℳ und einer solchen von 1300 bis 2600 ℳ besteht, ist schon an sich gering. Zudem erfordern die Aufgaben, welche dem Assistenten zugewiesen werden (u. a. Anfertigung der Heberegister, Führung des Krankenbuchs und der Kartei), eine gewisse Selbständigkeit der Arbeit, wie sie bei den Beamten der Klasse 26 nicht aller Wege vorausgesetzt werden muß. Wenn das Oberversicherungsamt den wichtigen Grund der Versagung vielleicht darin sieht, daß in anderen Krankenkassen seines Bezirks die Schreibgehilfen geringer entlohnt werden, so ist doch nicht näher dargetan, ob diese Schreibgehilfen auch die Aufgaben erfüllen, welche bei der Kasse dem Assistenten übertragen werden. Der Assistent dieser Kasse hat außerdem auch noch den Geschäftsführer zu vertreten. Deshalb erscheint es nicht angezeigt, ihn geringer zu entlohnen als den Krankenüberwacher; dabei können aber für die Gehaltsverhältnisse des Krankenüberwachers nur die Bestimmungen der Dienstordnung in Betracht kommen, wie sie das Oberversicherungsamt am 15. Juni 1914 genehmigt hat. Für die Kassenorgane lag es überhaupt schon wegen der Einfachheit ihrer Verwaltung nahe, die Bildung einer neuen Gehaltsklasse zu vermeiden und die neugeschaffene Stelle in die schon vorhandene Klasse II einzureihen.

Die Maßgabe, mit welcher das Oberversicherungsamt die Genehmigung der Beschlüsse vom 17. Juni verknüpfte, erscheint deshalb gesetzlich nicht hinreichend begründet.

Das gleiche gilt für die Versagung der Genehmigung, soweit es sich um die Verlängerung des Urlaubs handelt. Auch hier muß ein wichtiger Grund vorliegen, wenn die Genehmigung versagt werden soll.

Das Oberversicherungsamt findet, daß der Urlaub der Kassenangestellten jetzt schon reichlicher bemessen sei als für die entsprechenden Beamten des Staates. Für Angestellte, die mit Kassengeschäften zu tun haben, wird aber der Urlaub häufig schon aus Gründen der Kontrolle etwas reichlicher bemessen als für andere Angestellte. Daß hier der Urlaub allzu reichlich bemessen wäre, hat das Oberversicherungsamt nicht dargetan. Es ist auch nicht abzusehen, daß dies der Fall sein sollte. Bei den Staatsbeamten pflegt zwar eine Verlängerung des Urlaubs an die Vollendung eines gewissen Lebensalters geknüpft zu werden. Wenn die Kassenorgane hier von der Zurücklegung eines gewissen Dienstalters absehen, so liegt in dieser Abweichung aber kein wichtiger Grund, der die Versagung rechtfertigen könnte. (Breithaupt.)

Art der Anstellung und Rechtsweg für den Gehaltsanspruch der Kassenbeamten in Preußen.

Urteil des **Reichsgerichts** (3. Zivilsenats) vom 10. Juli 1920 (Entsch. 99 S. 265).

Der Kläger behauptet, daß er von der Beklagten als Geschäftsführer auf Lebenszeit angestellt sei, daß das Oberversicherungsamt diese Anstellung genehmigt und ihm vom 1. Juli 1915 ab die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen und daß er die Stellung eines Geschäftsführers bis zum 2. September 1915 tatsächlich bekleidet und das in dem Regulativ für sie ausgeworfene Gehalt bezogen habe. An dem genannten Tage wurde der Kläger

zum Heeresdienst einberufen. Sein bisheriges Gehalt wurde ihm bis zum 31. März 1916 fortbezahlt. Von da an wurde ihm nur noch die Hälfte als Kriegsunterstützung gewährt. Er verlangt die Nachzahlung der anderen Hälfte. Das Landgericht und das Kammergericht wiesen die Klage ab, das Reichsgericht gab der Klage statt aus folgenden Gründen:

Das Kammergericht hat die Klage abgewiesen, weil eine Anstellung des Klägers nach Maßgabe des § 359 Abs. 1 u. 4 RVO. zwar beabsichtigt, mangels Aushändigung einer Anstellungsurkunde tatsächlich aber nicht erfolgt sei. Diese Auffassung wird jedoch von der Revision mit Recht bekämpft.

An sich hing es freilich von dem Ermessen des Kassenvorstandes ab, ob er dem Kläger eine lebenslängliche, mit Anrecht auf Ruhegehalt verbundene Beamtenstelle geben wollte. Entschloß er sich aber dazu, so konnte er die nach § 359 Abs. 1 RVO. erforderliche Genehmigung des Oberversicherungsamtes (OVA.) nur für einen formgerechten und endgültigen Anstellungsbeschluß nachsuchen und erhalten. Denn die „Genehmigung" eines Rechtsaktes setzt nach allgemeinem Sprachgebrauche den Rechtsakt selbst als gegebene Tatsache voraus, zu der, um nach außen hin Rechtswirkungen zu äußern, nur noch die Genehmigung eines Dritten hinzuzutreten hat. Dieser für das Zivilrecht im § 184 BGB. noch besonders betonte Grundsatz muß der Natur der Sache nach in gleicher Weise für das öffentliche Recht gelten.

Aber auch abgesehen davon, wird das Kammergericht der Sachlage nicht gerecht. Der dem OVA. unterbreitete Beschluß des Kassenvorstandes vom 16. Dezember 1914 ging dahin, der Kläger solle unter der Voraussetzung der Genehmigung des Regulativs durch die Aufsichtsbehörde als Geschäftsführer auf Lebenszeit angestellt werden. Aus dieser Fassung will der Berufungsrichter folgern, daß der Vorstand nur eine in Aussicht genommene Daueranstellung des Klägers habe vorbereiten und in die Wege leiten, sich selbst aber die endgültige Entscheidung über sie noch habe vorbehalten wollen. Eine solche Absicht ist jedoch in dem erwähnten Beschlusse nicht zum Ausdruck gekommen und würde auch aus öffentlich-rechtlichen Gründen mit dem Genehmigungsverlangen unvereinbar sein. Denn die Anstellungsgenehmigung enthält einen Akt der Staatshoheit, dessen Wirksamkeit von künftigen Entschließungen und Handlungen des Kassenvorstandes naturgemäß unabhängig sein muß und unabhängig ist. Deshalb konnte das OVA. den Beschluß vom 16. Dezember 1914 nur so verstehen, wie es ihn verstanden hat, nämlich dahin, daß er für den Fall seiner Genehmigung die endgültige lebenslängliche Anstellung des Klägers aussprach.

Nun hat das OVA. aber mit der Anstellungsgenehmigung zugleich die weitere Erklärung verbunden, daß es dem Kläger vom 1. Juli 1915 ab die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertrage. Dazu war es nach dem Erlasse der preußischen Minister für Handel und Gewerbe und für Landwirtschaft vom 18. Februar 1914 auch befugt (HMBl. S. 79). Denn durch ihn hat Preußen von der im § 359 Abs. 4 RVO. den Landesregierungen eingeräumten Befugnis Gebrauch gemacht und sämtlichen nach Abs. 1 a. a. O. angestellten Krankenkassenbeamten die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten mit der Maßgabe verliehen, daß die Bestimmung des Übergangszeitpunktes sowie die sonstige Ausführung des Erlasses durch die Oberversicherungsämter zu erfolgen habe. Der Erwerb der Gemeindebeamteneigenschaft vollzieht sich daher von selbst und ohne Zutun der Kasse an dem von dem zuständigen OVA. festgesetzten Termine jedenfalls dann, wenn dieser dem Kassenangestellten amtlich bekanntgegeben wird. Das aber ist im vorliegenden Falle geschehen. Der Kassenvorstand ist von dem erwähnten Bescheide des OVA. amtlich in Kenntnis gesetzt und hat ihn gleichfalls amtlich zur Kenntnis des Klägers gebracht. Er hat ihn auch vom 1. Juli 1915 ab die Tätigkeit eines Geschäftsführers unter Auszahlung der im Regulativ für ihn ausgeworfenen Vergütung vorbehaltlos ausüben lassen. Deutlicher konnte er nach außen hin kaum zum Ausdruck bringen, daß der Kläger nunmehr nach Maßgabe des Beschlusses vom 16. Dezember 1914 lebenslänglich angestellt, daß der letztere also endgültig in Kraft getreten sei. Dann kann es aber auch keinem Zweifel unterliegen, daß der Kläger auf Grund des Min.-Erl. vom 18. Februar 1914 in Verbindung mit der erwähnten Kundgebung des OVA. die Rechtsstellung eines mittelbaren Staatsbeamten erlangt hat. Sie konnte ihm vom Kassenvorstande weder vorenthalten noch genommen werden, sie verblieb ihm vielmehr so lange, bis sie ihm im Disziplinarwege wieder abgesprochen wurde oder sonst nach Maßgabe des Gesetzes oder der Anstellungsbedingungen ein Ende fand. Die entgegengesetzte Ansicht des Kammergerichts billigen, hieße, den Grundsätzen des öffentlichen Rechtes zuwider das Eingreifen einer, wenn auch öffentlich-rechtlichen, Korporation in einen staatlichen Hoheitsakt zulassen und den Zweck des Gesetzes, die wirtschaftliche Lage der Kassenbeamten zu sichern und von wechselnden Mehrheiten und Stimmungen im Vorstand unabhängig zu machen, gefährden oder gar vereiteln. Die Unterlassung der Beeidigung stand nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen, wie auch das Reichsversicherungsamt unter Nr. 27 seiner Anleitung (Amtl. Nachr. S. 721 flg.) anerkannt hat, dem Erwerbe der Kassen- und Gemeindebeamtenschaft nicht entgegen (vgl. § 13 Pr. PensGes. vom 27. März 1872, RGZ. Bd. 47 S. 283, Bd. 51 S. 297). Er konnte aber auch durch den Mangel der im § 1 Abs. 2 des Regulativs vorgesehenen Aushändigung einer Anstellungsurkunde nicht gehindert werden. Wenn das

Kammergericht das Gegenteil aus § 1 KBG. vom 30. Juli 1899 folgern will, so verkennt es dessen rechtliche Bedeutung, denn er vermag ebensowenig wie jede andere gesetzliche Bestimmung das Wesen der Beamteneigenschaft, das in der Berechtigung zur Ausübung obrigkeitlicher Befugnisse besteht, zu ändern. Wird daher von einer Stadtgemeinde ein mit der Wahrnehmung solcher Befugnisse verbundener Posten einem Angestellten übertragen, so wird er allein kraft dieser Übertragung auch ohne Aushändigung einer Urkunde aus dem inneren Wesen der Sache heraus mittelbarer Staatsbeamter. Das hat der Senat bereits in dem Urteile vom 9. Januar 1917 (RGZ. Bd. 89 S. 297; vgl. auch RGZ. Bd. 84 S. 368, Bd. 90 S. 260) ausgesprochen, und daran ist festzuhalten. § 1 KBG. steht also der Auffassung des Kammergerichts nicht zur Seite. Sie widerspricht aber auch dem Sinne und Zwecke des Regulativs. Das letztere ist nicht, wie das Kammergericht anzunehmen scheint, von dem Kassenvorstande, sondern in Gemäßheit des Min.-Erl. vom 22. Mai 1914 (Pr. HMBl. S. 264) von dem OVA. erlassen und will nach seiner Überschrift „die Rechtsverhältnisse derjenigen Beamten der Beklagten regeln, welchen gemäß § 359 Abs. 4 RVO. die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen sind". Diese Übertragung kann jedoch nach dem Wortlaut und Zweck des § 359 Abs. 4 RVO. erst nach der Anstellung des Kassenbeamten und frühestens zugleich mit deren Genehmigung seitens des OVA. erfolgen. Daraus ergibt sich aber, daß § 1 Abs. 2 des Regulativs die Beklagte zwar verpflichtete, einem bereits angestellten und mit den Rechten und Pflichten gemeindlicher Beamten bereits ausgestatteten Kassenbeamten eine Anstellungsurkunde zu übergeben, keineswegs aber deren Übergabe zu einer unerläßlichen Anstellungsvoraussetzung machen wollte. Wenn der Kassenvorstand sie dem Kläger vorenthält, so vermag er dadurch dessen bereits erworbene Rechte, insbesondere seine öffentlich-rechtliche Beamtenstellung nicht zu beeinträchtigen.

Die Einziehung des Klägers zum Heeresdienst und die dadurch notwendig gewordene Unterbrechung seiner Tätigkeit waren also auf die Pflicht der Beklagten zur Fortzahlung des ihm nach dem Regulativ zustehenden Gehalts ohne Einfluß. Da dessen Höhe und der Betrag, um welchen die Beklagte es für die Zeit vom 1. April 1915 bis 1. Mai 1918 gekürzt hat, unstreitig sind und der Zinsenanspruch sich aus dem Verzuge der Beklagten rechtfertigt (§§ 284, 288 BGB.), so ist der Klaganspruch begründet, falls die Voraussetzungen für die Beschreitung des Rechtsweges gegeben sind.

Nach § 358 Abs. 3 RVO. muß der gerichtlichen Geltendmachung von vermögensrechtlichen, in dem Dienstverhältnis wurzelnden Ansprüchen derjenigen Kassenangestellten, welche der Dienstordnung unterstehen, die Entscheidung des OVA. vorangehen. Diese Bestimmung findet also, wie sich aus ihrer unzweideutigen Fassung ergibt und wie auch das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung v. 11. 11. 16 (RVA. Entsch. u. Mitteil. Bd. 9 S. 150) anerkannt hat, auf denjenigen Kassenbeamten, welchen die Rechte und Pflichten unmittelbarer oder mittelbarer Staatsbeamten übertragen sind und für welche die Dienstordnung daher nicht Geltung hat (§ 351 RVO.), keine Anwendung. Eine gleiche oder ähnliche Vorschrift für sie fehlt in der RVO. Daß der Gesetzgeber dies übersehen habe, ist nicht zu unterstellen. Sein Schweigen nach dieser Richtung gestattet daher im Zusammenhange mit der Bestimmung des § 359 Abs. 4 RVO. nur den Schluß, daß er die Vorschriften des Beamtenrechts der einzelnen Bundesstaaten, welches das gesamte Anstellungs- und Dienstverhältnis der im § 359 Abs. 4 a. a. O. genannten Kassenbeamten beherrscht (vgl. S. 207 der Begr. des § 362 d. Entw., jetzt § 351 RVO.), auch hinsichtlich etwaiger Beschränkungen ihrer Klagbefugnisse in entsprechender Weise Platz greifen lassen wollte. Denn für die Annahme, er habe ihnen im Gegensatze zu bundesstaatlichen Beschränkungsvorschriften die Beschreitung des Rechtsweges erleichtern wollen, fehlt es um so mehr an einem begründeten Anhalt, als bei der Beratung des Entwurfs stets betont worden ist, der § 369 (jetzt 359) Abs. 4, der damals sogar eine Mußvorschrift enthielt, bezwecke die volle Gleichstellung der Kassenbeamten mit den Staats- oder Gemeindebeamten (vgl. S. 210 der Begr. des § 369 des Entw. und KommBer. in Nr. 340 der RTDrucks. Sess. 1909/11 S. 261/62). Demgemäß muß der Versuch des OVA., den nach § 359 Abs. 1 und 4 RVO. angestellten Kassenbeamten im Wege des Regulativs (vgl. § 29 das.) die Beobachtung des im § 358 Abs. 3 a. a. O. geordneten Verfahrens zur Pflicht zu machen, rechtlich wirkungslos bleiben, da er sich mit dem preußischen Gemeindebeamtenrecht in Widerspruch setzt. Das entspricht auch der Auffassung des Reichsversicherungsamts in der bereits angezogenen Entscheidung vom 11. November 1916.

Freilich werden die Kassenbeamten dadurch, daß die Landesregierung ihnen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten beilegt, nicht Gemeindebeamte. Denn sie werden weder von einer Gemeinde angestellt oder besoldet, noch stehen sie im Dienste einer solchen. Sollte dem Urteile des erkennenden Senats vom 10. Juli 1908 (RGZ. Bd. 69 S. 183 flg.), das für Preußen die Anwendbarkeit des § 7 des Kommunalbeamtengesetzes auf die im § 98 InvVersG. vom 13. Juli 1899 (jetzt § 1348 RVO.) erwähnten Beamten der Landesversicherungsanstalten bejaht, die gegenteilige Ansicht zugrunde liegen, so könnte sie nicht mehr aufrechterhalten werden. Das vermag aber an dem Endergebnis nichts zu ändern. Denn sind dem Kläger die, d. h. sämtliche Rechte und Pflichten eines Gemeinde-

beamten übertragen, so muß er auch für verpflichtet erachtet werden, vor der Verfolgung seines Gehaltsanspruchs im Rechtsweg in Gemäßheit des § 7 KBG. den Bezirksausschuß anzugehen. Wollte man diesen in entsprechender Anwendung des § 7 a. a. O. etwa durch eine andere Behörde ersetzen und an Stelle des dort vorgesehenen Instanzenzuges einen anderen treten lassen, so würde das eine Willkürmaßnahme bedeuten, die im Gesetze keine Stütze findet. Daß der Kläger somit auch hinsichtlich der Notwendigkeit, den Bezirksausschuß anzurufen, den wirklichen Gemeindebeamten gleichsteht, erscheint nicht besonders auffällig, wenn man erwägt, daß die rechtlichen und wirtschaftlichen Beziehungen der Krankenkassen zu den Gemeindeverbänden sehr enge sind. Der Gemeindeverband hat nicht nur die Errichtung einer Orts- oder Landkrankenkasse, sondern auch deren Satzung zu beschließen (§§ 231, 320 RVO.) und ihr in den ersten 3 Jahren ihres Bestehens im Bedarfsfalle Zuschüsse zu leisten (Art. 16 EG. z. RVO.). Bei Landkrankenkassen wählen die Vertreter des Gemeindeverbandes sogar deren Vorstand und Vorstandsvorsitzenden (§ 331 RVO.). Vorsitzender eines Versicherungsamts ist stets der Leiter der unteren Verwaltungsbehörde, also z. B. der Bürgermeister oder der Landrat (§ 39 Abs. 1, 3 RVO.). Dem einen oder dem anderen muß nach Nr. 2 des erwähnten Min.-Erlasses vom 18. Februar 1914 auch ein Dienstaufsichtsrecht über die Kassenbeamten neben dem des Kassenvorstandes eingeräumt werden. Dazu kommt, daß das preuß. Gesetz vom 11. Mai 1916, betr. die Dienstvergehen der Beamten der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen, die Disziplinarbefugnisse teilweise in die Hand des Bezirksausschusses legt, so daß dessen Eingreifen auch in vermögensrechtliche Streitigkeiten der Kassenbeamten mit den Kassen grundsätzliche Bedenken nicht entgegenstehen.

Die Entscheidung des Bezirksausschusses hat der Kläger zwar nicht vor der Klagerhebung, wohl aber im Laufe des Rechtsstreits eingeholt. Damit hat er der Vorschrift des § 7 KBG. genügt (vgl. RGZ. Bd. 57 S. 77). Die gerichtliche Geltendmachung seines Gehaltsanspruchs wird auch nicht dadurch gehindert, daß der Bezirksausschuß sich für unzuständig erklärt und ein sachliches Eingehen auf ihn abgelehnt hat.

C. Zur Militärversorgung.

Bezeichnung der Versorgungsbehörden.

Bekanntmachung des **Reichsarbeitsministers** vom 22. Juni 1920 (Volksw. S. 362).

Gemäß § 37 der Verordnung zur Ausführung des Gesetzes über die Versorgungsbehörden sind die §§ 1 bis 3 dieser Verordnung mit dem Tage der Veröffentlichung im Deutschen Reichsanzeiger in Kraft getreten. Die bisherigen Versorgungsstellen (früheren Bezirkskommandos) führen fortan die Bezeichnung „Versorgungsämter“, die bisherigen Versorgungsämter die Bezeichnung „Hauptversorgungsämter“. Sie unterscheiden sich durch die Ortsbezeichnung, gleichartige Behörden an demselben Dienstorte außerdem durch Ziffern, z. B. „Hauptversorgungsamt München“, „Versorgungsamt I Dresden“.

Das Versorgungsamt der Provinz Brandenburg (früher Versorgungsamt des Gardekorps) heißt künftig „Hauptversorgungsamt der Provinz Brandenburg“, das Versorgungsamt Groß-Berlin (früher Versorgungsamt des III. A.-K.) heißt künftig „Hauptversorgungsamt Berlin“. Die für die Bearbeitung der Familienangelegenheiten in Kiel und Wilhelmshaven bestehenden Versorgungsämter führen künftig die Bezeichnung „Marineversorgungsamt Kiel bezw. Wilhelmshaven“.

Die neuen Bezeichnungen sind alsbald im Schriftverkehr anzuwenden, auch sind die Inschriften und Anschläge an und in den Dienstgebäuden entsprechend zu ändern. Wegen der Beschaffung von Rundstempeln und Dienstsiegeln mit der neuen Bezeichnung ergeht noch besondere Verfügung. Sie werden ausschließlich, auch für die nachgeordneten Versorgungsämter, von den Hauptversorgungsämtern beschafft. Die Versorgungsämter haben die benötigte Zahl von Rundstempeln und Dienstsiegeln schon jetzt unverzüglich den übergeordneten Hauptversorgungsämtern anzuzeigen. Kopfstempel, d. h. Textstempel mit der Bezeichnung der einzelnen Behörde ohne Reichsadler, können von den Leitern der einzelnen Dienststellen ohne weiteres beschafft werden. Kopf- und Rundstempel sowie Dienstsiegel dürfen nur in der unbedingt erforderlichen Zahl angefordert oder beschafft werden. Besondere Stempel für einzelne Abteilungen, z. B. Verwaltungsabteilung, ärztliche Abteilung, werden nicht geführt.

Geschäftsgang bei den Militärversorgungsgerichten.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** (an die Militärversorgungsgerichte) vom 21. Oktober 1920 (HMBl. S. 316).

1. Da sich bei der ungünstigen Geschäftslage der Militärversorgungsgerichte Verzögerungen in der Erledigung der Berufungen nicht immer werden vermeiden lassen, ist es angezeigt, die eingehenden Anträge und insbesondere die spruchreifen Sachen nicht unterschiedslos der Reihenfolge des Eingangs nach zu behandeln, sondern diejenigen zu bevorzugen, welche besonders eilbedürftig sind. Als solche Sachen bezeichne ich im Einverständnis mit dem Herrn Reichsarbeitsminister diejenigen Berufungen, bei denen der Anspruch nicht nur der Höhe, sondern auch dem Grunde nach streitig ist, also in erster Linie die Berufungen der Hinterbliebenen und derjenigen ehemaligen Militärpersonen, deren Ansprüche im Verwaltungsverfahren gänzlich abgelehnt sind, sodann diejenigen Fälle, in denen die Art des Leidens einen hohen Grad der Erwerbsunfähigkeit bedingt.

2. Es empfiehlt sich, daß die Militärversorgungsgerichte, wie es bereits vielfach geschieht, in Fällen, in denen der Reichsfiskus auf Grund eines

Gutachtens des Vertrauensarztes des Gerichts verurteilt ist, dieses Gutachten entweder vollständig, und zwar wörtlich, im Urteil anführen oder in Abschrift der mit der Vertretung des Fiskus betrauten Stelle spätestens zugleich mit dem Urteil übersenden. Nur so ist der Stelle die Entscheidung darüber möglich, ob von der Einlegung des Rekurses Abstand genommen werden kann.

3. Das Reichsarbeitsministerium hat in allen Sachen, in denen die Versorgungsakten dem Militärversorgungsgericht bereits übersandt sind, die Handakten an das nunmehr zuständige Hauptversorgungsamt abgegeben. An dieses ist deshalb der weitere Schriftwechsel zu richten und die Zustellung der Urteile zu bewirken, auch wenn eine besondere Benachrichtigung von der erfolgten Abgabe dem Gerichte nicht zugegangen ist.

4. Als statistische Unterlagen sind künftig zu übersenden

a) dem Reichsarbeitsministerium zum 1. Februar eines jeden Jahres ein Jahresbericht nach dem in seinem Rundschreiben vom 2. Oktober 1920 (Nr. IV. A. 4. 1531. 5. 20) vorgeschriebenen Muster;

b) dem Reichsmilitärversorgungsgerichte zum 10. jeden Monats die mit Rundschreiben vom 6. Oktober 1919 (A. 283/19) geforderten monatlichen Nachweisungen über eingegangene und erledigte Berufungen. Ich ersuche im Interesse eines reibungslosen Geschäftsganges, diese Termine nach Möglichkeit einzuhalten, da das Reichsmilitärversorgungsgericht auf Grund der Mitteilungen der Militärversorgungsgerichte dem Reichsarbeitsministerium Bericht erstatten muß.

Sprechsaal.

Bedeutung der neuen Steuergesetze für die Versicherungsträger.

Die Ausführungen, die unter obiger Aufschrift in Heft 31 der „Arbeiter-Versorgung" über das Grunderwerbsteuergesetz vom 12. September 1919 enthalten sind, bedürfen der Berichtigung und Ergänzung. Es müssen zwei ganz verschiedene Arten der Steuer auseinandergehalten werden.

I. Beim Übergange des Eigentums an inländischen Grundstücken wird die vom Verfasser behandelte Grunderwerbsteuer erhoben, die aber nicht zwei, sondern, abgesehen von den Zuschlägen der Länder und Gemeinden, vier vom Hundert beträgt (§ 17). Eine Befreiung der Versicherungsträger von dieser Steuer könnte wohl nur im Falle des § 8 Nr. 9 in Frage kommen, d. h. wenn ein Versicherungsträger, der unzweifelhaft als Körperschaft des öffentlichen Rechts gilt, Partei bei einer Grundstücksübertragung ist, die der Besiedelung des platten Landes oder der Schaffung gesunder Kleinwohnungen für Minderbemittelte zu dienen bestimmt ist. Hierunter würde z. B. auch die Errichtung von Wohnhäusern für geringer besoldete Beamte oder Angestellte fallen. Die anderen Ausnahmebestimmungen des § 8 treffen auf Grundstücksgeschäfte der Versicherungsträger nicht zu.

II. Außerdem aber handelt es sich um die periodische Steuer, die vom Grundeigentum der sogenannten „Toten Hand" erhoben wird. Diese Steuer wird nach § 10 Nr. 2 erhoben:

„wenn bei inländischen Grundstücken, die — — im Eigentum von Personenvereinigungen, Anstalten oder Stiftungen aller Art oder für diese im Eigentum einer natürlichen Person zu treuen Händen stehen, zwanzig Jahre seit dem Erwerbe — oder dem letztmaligen Eintritt der Steuerpflicht nach dieser Vorschrift verflossen sind".

Hierunter fällt auch das Grundeigentum des Versicherungsträgers. Nun sind aber nach § 21 Abs. 3 von dieser Steuer des § 10 befreit:

1. — — — —

2. Deutsche Kirchen und andere mit Rechtspersönlichkeit ausgestattete, in einem Lande öffentlich zugelassene Religionsgesellschaften sowie Anstalten, Stiftungen und Personenvereinigungen, die ausschließlich kirchlichen, Unterrichts-, gemeinnützigen oder milden Zwecken dienen.

Diese Voraussetzung trifft an sich unbedenklich bei den Versicherungsträgern zu; sie sind Anstalten, die ausschließlich gemeinnützigen Zwecken dienen. Aber nach Abs. 4 des § 21 beschränkt sich die Befreiung auf diejenigen Grundstücke, die unmittelbar zu den bezeichneten Zwecken bestimmt sind. Ein Grundstück, das zu einem Verwaltungsgebäude oder Genesungsheim des Versicherungsträgers bestimmt ist, würde also befreit sein, nicht aber ein solches, das durch Vermietung ausgenutzt wird. Es sei hier auf die reichhaltige Rechtsprechung zu § 24 Buchstaben h und i des Preußischen Kommunalabgabengesetzes vom 14. Juli 1893 verwiesen.

Die periodische Steuer des § 10 beträgt nach § 17 zwei vom Hundert; sie tritt nach § 28 Abs. 2 zum ersten Male mit dem 1. Januar 1929 oder an dem späteren, nach dem Inkrafttreten des Gesetzes (1. Oktober 1919) liegenden Tage ein, an dem ein zehnjähriger Zeitraum seit dem Erwerbe abläuft, und beträgt für das erstemal nur eins vom Hundert. Mindestens zwei Monate vor Eintritt der Steuerpflicht müssen die gesetzlichen Vertreter der Steuerbehörde Anzeige erstatten.

Unberührt bleibt natürlich in den Fällen unter I und II die durch § 108 Abs. 1 der Reichsabgabenordnung dem Reichsfinanzminister oder den von ihm delegierten Organen gegebene Befugnis, im einzelnen Falle Steuern, deren Einziehung im einzelnen Falle unbillig wäre, ganz oder zum Teil zu erlassen; eine solche Entscheidung hat nach § 35 des Grunderwerbsteuergesetzes auch die Zuschläge zu umfassen. Zu beachten ist ferner § 22 des letzteren Gesetzes:

„Die Oberbehörde soll die Steuer auf Antrag bei Grundstückserwerbungen durch milde Stiftungen erlassen, wenn das zu erwerbende Grundstück den Stiftungszwecken unmittelbar dient und die Vermögensverhältnisse der Stiftung den Erlaß rechtfertigen."

Dies trifft natürlich bei den Versicherungsträgern an sich nicht zu, da sie nicht milde Stiftungen sind. Der zugrunde liegende Gedanke kann aber unter Umständen bei der Entscheidung über Anträge auf Erlaß der Steuer zu I aus Billigkeitsgründen erheblich ins Gewicht fallen.

Nach § 108 Abs. 2 der Reichsabgabenordnung kann übrigens für Fälle bestimmter Art der Reichsminister der Finanzen mit Zustimmung des Reichsrats aus Billigkeitsrücksichten allgemein Befreiungen oder Ermäßigungen von Steuern sowie

die Erstattung oder Anrechnung bereits entrichteter Steuern vorsehen.

Ergänzend sei noch bemerkt, daß die Versicherungsträger nach § 5 Nr. 8 des Gesetzes über das Reichsnotopfer vom 31. Dezember 1919 abgabefrei sind. L. M.

Zur Arbeitslosenversicherung*).

In Heft 28 der ArbVers. 1920 S. 553 werden von Dr. Kumpmann-Düsseldorf die auch an anderen Stellen aufgetauchten Bedenken gegen die im Entwurf des Reichsgesetzes über Arbeitslosenversicherung vorgesehene Organisation der Träger dieser Versicherung behandelt. Die zitierten Ausführungen veranlassen zu folgenden Gedankengängen:

Durch die Tagespresse geht in von Tag zu Tag stärkerem Maße die Mahnung zur äußersten Sparsamkeit auf allen Gebieten des öffentlichen Lebens. „Überorganisation" sei die Krankheit, die neben den Lasten von Versailles an dem Lebensmark des Staates zehre. Hierbei spielt die Reichsversicherung eine besondere Rolle: Abgesehen von der schier unerschwinglichen Höhe der Lasten für Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung geht der Kampf besonders stark gegen die „Schikanen", die man in den verschiedenen Systemen der Versicherungsbeiträge und den verschiedensten Stellen und Kassen, an die sie zu entrichten sind, erblickt. Und nun soll gar noch eine fünfte Versicherungskasse aufgemacht werden!

Die Krankenkassen haben sicherlich gar kein Interesse daran, die Aufbringung der Mittel und Zahlung der Leistungen der Arbeitslosenversicherung zu ihren bisher schon überaus schwierigen Aufgaben hinzuzubekommen. Hier kann nur die Frage der Zweckmäßigkeit vom allgemeinen Standpunkt aus maßgebend sein. Ebensowenig gerechtfertigt ist — unter den heutigen Verhältnissen! — die Angst vor einseitiger Beeinflussung der neuen Versicherung durch die „sozialdemokratisch geleiteten" Ortskrankenkassen. Wenn trotzdem der Entwurf des Gesetzes die Angliederung der Versicherung an die örtlich aufgebauten Krankenkassen vorsieht, so kann dafür nur maßgebend gewesen sein, die neue Versicherung in eine möglichst einfache und sparsame äußere Form zu kleiden. Die Krankenkassen haben in langjähriger Praxis allmählich ein gut funktionierendes System der Beitragserhebung herausgearbeitet, und ihre Einrichtungen ermöglichen ohne allzu große Erweiterung des Apparates die gleichzeitige Erhebung eines besonderen Beitrages für die geplante Versicherung. Den bestehenden Arbeitsnachweisen fehlen dagegen hierfür alle Einrichtungen. Schon jetzt kann gesagt werden, daß bei Angliederung des Beitrags- und Auszahlungsverfahrens (auch schon des letzteren allein) an die Arbeitsnachweise diese bisher populären Institute sich zu einem derartigen „Apparat" aufblähen würden, daß schärfste und berechtigte Kritik und Ablehnung gegenüber diesem neuesten Produkt deutscher Überorganisation die Folge sein würde. Dagegen sind die Krankenkassen allmählich derart organisiert worden, daß sie heute allen Anforderungen umfangreicher Verwaltungs- und Kassengeschäfte genügen können. Warum stellt man zudem nicht die Frage, ob eine engere Verbindung zwischen Arbeitsnachweis und Krankenkasse nicht schon allein für ihre bisherigen Aufgaben zweckmäßig und notwendig gewesen wäre? Tatsächlich ist vielerorts — abgesehen von den Großstädten — diese Verbindung schon seit langem vorhanden. (Die Melde-Einrichtungen der Krankenkassen bieten den Arbeitsnachweisen wertvolles Material nicht nur zur statistischen Orientierung über den Arbeitsmarkt, sondern auch von Fall zu Fall für die Besetzung freiwerdender Arbeitsplätze durch Arbeitsuchende.) Im übrigen sind die Arbeitsnachweise der ländlichen Bezirke bisher nur in primitiver Weise organisiert und entsprechen den Anforderungen der neuesten Gesetzgebung auf dem Gebiete der Arbeitsvermittlung, Berufsberatung usw. ohnehin nicht, müssen aber doch allmählich dazu kommen. Warum sollte also, um auch das ohne viel Umstände und Kosten zu erreichen, eine Verbindung der beiden Institute zu einem tragfähigen Zweckverband — wenn man sich nicht, wie es das Richtigere wäre, unter eine Leitung bringen zu können glaubt — nicht die gegebene Lösung für all die erwähnten Schwierigkeiten und Bedenken beim Aufbau der Arbeitslosenversicherung sein? Eine genaue Abgrenzung der Arbeitsgebiete, die m. E. keine Schwierigkeiten bietet, könnte wesentliche Reibungsmöglichkeiten ausschalten. Inwiefern Dr. Kumpmann das Fehlen von Gefahrenklassen auf die Angliederung der Versicherung an die Krankenkassen zurückführt, ist nicht recht verständlich; denn die Krankenkassen kennen die Einrichtung von Gefahrenklassen sehr wohl (§ 384 Abs. 1 RVO.) und sind auch ohne Schwierigkeit imstande, feststehende Gefahrenklassen einzurichten. Wenn bei dieser Arbeitsverteilung die „Abteilung Arbeitsnachweis" die Voraussetzungen des Versicherungsfalles zu prüfen hätte, wäre eben eine nochmalige Prüfung durch die Abteilung „Arbeitslosenkasse" bestimmungsgemäß auszuschließen; ebenso ließe sich m. E. leicht eine Abgrenzung auch für die anderen Arbeitsgebiete zwischen beiden Abteilungen erreichen, so daß die auch von Kleeis in der „Ortskrankenkasse" (Sp. 478) zitierten Bedenken nicht ernstlich im Wege sein könnten.

Die gegen die geplante Organisation der Versicherung vorgebrachten Bedenken scheinen unter dem Gesichtswinkel großstädtischer Verhältnisse entstanden zu sein. Es mag auch tatsächlich sein, daß dort die Bedenken begründet sind. Zuzugeben ist auch, daß die Arbeitsämter der Großstädte derart organisiert sind, daß diese vielleicht die finanztechnischen Aufgaben der Arbeitslosenversicherung mit übernehmen können. Das darf aber nicht dazu führen, daß man dieselben komplizierten Neu-Einrichtungen für die ländlichen Gebiete schafft und damit die dort ohnehin nicht so weit reichende Bedeutung der Arbeitslosenversicherung überspannt. Der Vorschlag, wenigstens außerhalb der Großstadt die Arbeitslosenversicherung an bestehende Kasseneinrichtungen anzugliedern und die dort bestehenden Arbeitsnachweise ebenfalls näher an diese Einrichtungen heranzubringen, dürfte m. E. der Beachtung wert sein.

E. Meister, Geschäftsführer der Allg. Ortskrankenkasse des Kreises Limburg.

*) Zu vgl. auch Brunn im Heft 29 S. 561 und Kleeis oben 661 ff.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur reichsgesetzlichen Regelung der Krankenversicherung der hausgewerblichen Beschäftigten.

Das Reichsversicherungsamt hatte an das Reichsarbeitsministerium folgende Anfrage gerichtet:

In mehreren dem Reichsversicherungsamt vorliegenden Streitsachen ist zu der Frage Stellung zu nehmen, ob § 3 des Gesetzes, betr. die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. Augunst 1914 (S. 337), durch den die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die hausgewerbliche Krankenversicherung „für die Dauer des gegenwärtigen Krieges" außer Kraft gesetzt worden sind, mit dem 10. Januar 1920, dem Tage des Austausches der Ratifikationsurkunden, seine Geltung verloren hat. Das Reichsversicherungsamt neigt dazu, diese Frage zu verneinen, und zwar im Hinblick auf § 4 des bezeichneten Gesetzes. Danach ist der Bundesrat ermächtigt, den Zeitpunkt zu bestimmen, zu welchem dieses Gesetz wieder außer Kraft tritt. Von dieser Befugnis hat der Bundesrat bisher aber nur hinsichtlich der §§ 1 und 2 des angezogenen Gesetzes Gebrauch gemacht (§ 1 der Verordnung zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 13. Januar 1919 (RGBl. S. 41). In seiner Auffassung wird das Reichsversicherungsamt insbesondere noch durch den Umstand bestärkt, daß in dem einstweilen zurückgestellten Entwurf eines Gesetzes über Änderung des 2. Buches der RVO. die Regelung der hausgewerblichen Krankenversicherung eine durchgreifende Umgestaltung erfahren hat.

Da indessen in einem Aufsatz von Jäger in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung 1920 Sp. 95 f. die gegenteilige Auffassung vertreten wird, so nimmt das Reichsversicherungsamt Veranlassung, um eine Stellungnahme zu der Streitfrage zu bitten. —

Der Reichsarbeitsminister hat diese Auffassung gebilligt und ausgeführt: Wenn nach dem Eingang des § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 diese Vorschrift „für die Dauer des gegenwärtigen Krieges" erlassen sei, so sollte damit — wie in zahlreichen anderen während des Krieges erlassenen Gesetzen und Verordnungen — nicht die genaue Geltungsdauer der Maßnahme abgegrenzt, sondern nur klargestellt werden, daß es sich um eine außerordentliche nach dem Kriege wieder zu beseitigende Maßregel handele. Bei Erlaß des Gesetzes sei nicht vorauszusehen gewesen, ob die Maßnahmen unmittelbar mit dem formellen Friedensschluß als erledigt gelten konnten und ob nicht vielmehr für die Wiederherstellung des alten oder die Überleitung in einen entsprechend geänderten, neuen Zustand eine gewisse Frist sich als notwendig herausstellen würde. Gerade aus dieser Erwägung heraus sei die Vorschrift des § 4 jenes Gesetzes ergangen.

Die Belieferung mit Brillen.

Hierüber berichtet die „Krankenversicherung" vom 25. 10. 20 folgendes: Die Preise für Brillen stiegen in den letzten Jahren fortgesetzt. Es soll anerkannt werden, daß gegen eine Steigerung, welche sich in normalen Grenzen bewegt, berechtigte Einwendungen nicht erhoben werden können. So kostete die Nickelreitbrille, welche im allgemeinen bei den Kassen Verwendung findet, seit längerer Zeit, z. B. im rheinisch-westfälischen Industriebezirk, 20,65 M. Die Kassen erhielten gewöhnlich eine von den Rathenower Fabrikanten aufgestellte Zusammenstellung, welche die Preise für die Lieferanten enthielt. Letztere reichten diese Listen den Kassen mit einem weiteren Aufschlag ein, ohne sich in weitere Verhandlungen einzulassen. Gegen diese diktatorische Form machte sich bei den Verwaltungen der Krankenkassen schon seit längerer Zeit eine begreifliche Mißstimmung bemerkbar, so daß Mittel und Wege gesucht werden mußten, auf diesem Gebiete für die Kassen erträgliche Zustände zu schaffen. In dankenswerter Weise ergriff die Verwaltung der Essener Kruppschen Betriebskrankenkasse die Initiative, indem sie einen Vertreter zu einer der größten Fabrikationsfirmen in Rathenow entsandte und die mündliche Anfrage stellte, ob die Firma bereit sei, die genannte Kasse direkt zu beliefern. Diesem Verlangen weigerte sich die Firma Folge zu geben, indem sie sich auf den Standpunkt stellte, daß die Lieferung von Brillen lediglich dem Wirkungskreis der Fachoptiker vorbehalten bleiben müsse usw. Der Vertreter der Kruppschen Krankenkasse erklärte hierauf, daß nunmehr ernstlich in Erwägung gezogen würde, eine eigene optische Werkstatt zu errichten. Die Folge dieses Vorganges war, daß die betr. Firma die größeren optischen Firmeninhaber, welche zu ihren Abnehmern zählten, benachrichtigte, daß den Bestrebungen der Kassen, eigene optische Institute zu errichten, nachdrücklichst entgegengearbeitet werden müsse und seien Erfolge in dieser Richtung wohl mit Sicherheit von einer Herabsetzung der Preise zu erwarten. Ohne weiteres erfolgte eine starke Reduzierung des Preises für die Kassenbrille. Die weitere Folge war, daß die Optiker nunmehr an den Essener Kassenverband mit dem Angebot herantraten, daß dieselbe Brille, welche bisher 20,65 M kostete, vom 1. Oktober d. J. ab einschließlich Futteral für 13,00 M geliefert werden könne. Es bedeutet dies eine Herabsetzung um ein Drittel. Mit Sicherheit konnte bis jetzt nicht festgestellt werden, ob die unerhörte Preistreiberei seitens der Fabrikanten oder der optischen Firmen ins Werk gesetzt wurde. Soweit sich bis jetzt übersehen läßt, trifft die Schuld die Fabrikanten.

Eine Entscheidung, die keine Entscheidung ist.

In der Streitsache eines Mütter- und Säuglingsheims vom Roten Kreuz gegen eine Allgemeine Ortskrankenkasse hat das Versicherungsamt in X. (Beschlußausschuß) „nach § 405 Abs. 2 RVO." folgende Entscheidung gefällt: „Die in das Mütter- und Säuglingsheim in X. aufgenommenen Schwangeren, die ihr Versicherungsverhältnis bei ihrer bisherigen Kasse nicht freiwillig fortsetzen können oder wollen, sind nur dann versicherungspflichtig, vorbehaltlich der Entscheidung in jedem Einzelfalle, wenn die Aufnahme mehrere Monate vor einer regelrechten Geburtsmöglichkeit und nur zu dem Zwecke erfolgt, um wirksame und vollwertige Arbeit zu leisten. Auch diejenigen Mütter sind versicherungspflichtig, die nach ihrer Entbindung noch längere Zeit im Säuglingsheim verbleiben und tatsächlich Arbeiten verrichten, durch die sie andere Arbeitskräfte ersetzen. Nicht versicherungspflichtig sind dagegen diejenigen Schwangeren, die mit ihrer Aufnahme in das Säuglingsheim den Hauptzweck

verfolgen, um möglichst billig und bald entbunden zu werden, und denen die Arbeitsleistung nur den Nebenzweck bildet."

Dies ist das Muster einer Entscheidung, die keine Entscheidung ist. Sie ist auf § 405 Abs. 2 RVO. gestützt, der dem Versicherungsamt (Beschlußausschuß) die Entscheidung überträgt, wenn zwischen einem Arbeitgeber ... und einer Kasse Streit „über das Versicherungsverhältnis", nämlich über ein bestimmtes Versicherungsverhältnis oder über das Versicherungsverhältnis mehrerer bestimmter Personen, entsteht. Diesen Streit zwischen den Beteiligten abschließend zu entscheiden, ist die Aufgabe des Versicherungsamts. Die vorliegende sogenannte Entscheidung verfehlt diese ihre Aufgabe vollständig, indem sie lediglich allgemeine Grundsätze aufstellt, für die sie wohl meint, Rechtsverbindlichkeit beanspruchen zu können. Das steht aber dem Versicherungsamt nicht zu, und so hat es in seltsamer Verkennung seines Berufs, statt einer Streitentscheidung, eine Meinungsäußerung (mit ausführlicher Begründung) kundgegeben, die keiner der Streitteile und kein Dritter anzuerkennen verpflichtet ist, und der sonach jede Rechtswirkung abgeht.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Kein Krankengeld neben Wochengeld.

1. **Nach Halle a. S.** Antwort: Die Vorschrift, daß Krankengeld neben Wochengeld nicht gewährt wird (§ 195a Abs. 2 RVO.), ist nicht, wie Sie annehmen, neu, sondern war schon als Abs. 3 im früheren § 195 RVO. enthalten; und ebenso ist schon früher angenommen worden, daß, wenn die arbeitsunfähig erkrankte Versicherte während des Bezuges von Krankengeld niederkommt, der nunmehr eintretende Bezug von Wochengeld zugleich als Krankengeld gilt (Hahn, Anm. 7 zu § 195, ArbVers. 1914 S. 696). Nach dem neuen Recht ist nur die Besonderheit hinzugekommen, daß der Betrag des Wochengeldes und der des Krankengeldes jetzt verschieden sein können. Dann ist der höhere Betrag zu zahlen, also wenn das Krankengeld höher ist, der Unterschied zu dem Wochengelde zuzulegen (zu vgl. Jaeger, Wochenhilfe, Anm. 20); aber in keinem Falle kann die Wöchnerin fordern, daß die Bezüge ihr über die Niederkunft hinaus nur als Krankengeld angerechnet werden und daß ihr vom Ende der Krankenhilfe an noch das Wochengeld für volle zehn Wochen gezahlt wird.

Verfahren, wenn zu Unrecht Wochenfürsorge statt Wochenhilfe gewährt wird.

2. **Nach A.** Antwort: Wenn eine Krankenkasse den Antrag einer Wöchnerin auf Grund der einstweiligen Erhebungen als Gesuch um Wochenfürsorge gemäß § 17 des Wochenhilfegesetzes behandelt und schon mit der Gewährung der Leistungen begonnen hat, und wenn sich dann herausstellt, daß die Voraussetzungen für die Gewährung der Wochenhilfe aus § 205a RVO. (Familienwochenhilfe) durch eine andere Krankenkasse gegeben sind, so ist die weitere Leistung einzustellen und die Sache an die andere Krankenkasse weiterzuleiten. Diese andere Kasse hat der zu Unrecht leistenden den bisherigen Aufwand zu erstatten; Streit darüber würde nach § 224 RVO. auszutragen sein. Von der Anwendung des letzten Absatzes des § 205a RVO. kann nicht die Rede sein. Wenn dort von mehreren „beteiligten" Kassen die Rede ist, so ist an den Fall gedacht, daß z. B. der Vater und die Mutter der Wöchnerin hinreichend lange je einer anderen Kasse angehören, so daß beide Kassen leistungspflichtig sein würden. Die Kasse aber, die zu Unrecht Wochenfürsorge gewährt hat, gehört nicht zu den beteiligten Kassen.

Ärztliche Behandlung bei der Niederkunft als Sachleistung nach § 195c RVO.

3. **Nach Stuttgart.** Antwort: Zu den Sachleistungen, die nach § 195c RVO. statt des baren Beitrags zu den Kosten der Entbindung (§ 195a Ziff. 1) gewährt werden, gehört bei der Niederkunft nicht nur freie Behandlung durch die Hebamme, sondern auch durch den Arzt. Dabei ist nicht nur an den Fall zu denken, daß die Zuziehung des Arztes durch regelwidrigen Verlauf der Schwangerschaft oder der Entbindung geboten ist; sonst würde es sich insoweit um Krankenhilfe, nicht um Wochenhilfe handeln, die doch den ausschließlichen Gegenstand der Regelung in §§ 195a ff., 205a ff. RVO. bildet. Der Zweck des Gesetzes ist gerade, durch die Gewährung von Sachleistungen nach § 195c die Zuziehung ärztlichen Beistandes auch in solchen Fällen zu fördern, in denen es sich nicht um einen als Krankheit anzusprechenden Verlauf handelt, wohl aber eine gewisse Vorsicht angezeigt erscheint, wie etwa im allgemeinen bei einer ersten Niederkunft oder auch bei späteren Entbindungen im Hinblick auf den Verlauf der vorangegangenen.

Umwandlung der freiwilligen in Pflichtmitgliedschaft durch Ausdehnung der Versicherungspflicht ist ohne Einfluß auf laufende Ansprüche.

4. **Nach Berlin-Schöneberg.** Antwort: Das Mitglied ist als freiwillig Weiterversicherter (§ 313 RVO.) arbeitsunfähig erkrankt und hatte daher Anspruch auf Krankengeld nach Maßgabe des im Zeitpunkt der Erkrankung geltenden Grundlohnes für die ganze gesetzliche oder satzungsmäßige Unterstützungsdauer (Entsch. des RVA. 2342, ArbVers. 1917 S. 585). Die während dieser Unterstützungsdauer in Kraft getretene Änderung der Grundlöhne hatte

keinen Einfluß auf die Bemessung des Krankengeldes in dem bereits eingetretenen Unterstützungsfalle (§ 210 RVO., ArbVers. 1918 S. 418 Ziff. 2). Ebenso einflußlos blieb der Umstand, daß inzwischen durch die Verordnung über die Ausdehnung der Versicherungspflicht der bisher freiwillig Weiterversicherte wieder versicherungspflichtig geworden war. Denn wie die Weiterversicherung nach § 313 RVO. die Rechtswirkung hat, daß der Versicherte „Mitglied bleibt", daß also die bisherige Mitgliedschaft einheitlich und (der Regel nach) unverändert, nur aus einem anderen Grunde, fortdauert, so dauert auch die bisherige Mitgliedschaft lediglich fort, wenn aus irgendeinem Grunde der freiwillig Versicherte wieder versicherungspflichtig geworden ist. Es ist nicht angängig, in diesem Falle die Sache etwa so anzusehen, als ob mit dem Eintritt der Versicherungspflicht eine neue Mitgliedschaft begründet würde, und anzunehmen, daß nunmehr der in diesem Zeitpunkt maßgebende Grundlohn für die Bemessung des Krankengeldes in dem schon vorher eingetretenen Versicherungsfalle in Betracht komme. Daß nunmehr der Versicherte sich das Krankengeld auf den Lohn anrechnen lassen muß (§ 616 BGB.), betrifft nur sein Verhältnis zum Arbeitgeber, ist aber ganz ohne Bedeutung für die Bemessung seines Anspruchs gegen die Kasse.

Kassenbeamte als Angestellte im Sinne des Betriebsrätegesetzes?

5. **Nach J.** Antwort: Nach § 10 Abs. 2 Ziff. 1 BetrRGes. gelten die öffentlichen Beamten nicht als Arbeitnehmer. Dies gilt auch für Angestellte der Krankenkassen, denen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen sind (ArbVers. 1920 S. 299 Ziff. 10). Nach § 13 Abs. 2 des Ges. und der Ausf. Vrdg. v. 8. 3. 20 haben die Vorstände der Kassen zu bestimmen, ob jene Kassenbeamten als Angestellte im Sinne des BetrRGes. zu betrachten sind, und diese Anordnung bedarf der Zustimmung des Regierungspräsidenten (zu vgl. Erlaß des preuß. Ministers f. Volkswohlfahrt vom 15. 5. 20, ArbVers. S. 366). Das kann, weil eben nach der Regel des § 10 Abs. 2 die erwähnten Kassenbeamten nicht als Arbeitnehmer, also auch nicht als Angestellte gelten, nur den Sinn haben, daß es der Zustimmung des Regierungspräsidenten bedarf, wenn von der Regel abgewichen, der Beamte also ausnahmsweise als Angestellter im Sinne des BetrRGes. betrachtet werden soll. Im andern Falle bedarf es der Einholung einer Zustimmung nicht.

Anspruch eines Militärdienstbeschädigten auf Krankengeld während einer Badekur oder eines Lazarettaufenthalts.

6. **Nach Oppeln.** Antwort: Die Ansprüche eines Militärdienstbeschädigten auf Grund seiner Versicherung gegen Krankheit werden durch das gleichzeitige Bestehen von Ansprüchen aus dem Versorgungsgesetz v. 12. 5. 20 an sich nicht berührt (ArbVers. 1920 Heft 29 S. 580 Ziff. 12 und 13). Gewährt ihm das Versorgungsamt eine Badekur, so hat er Anspruch auf Krankengeld, wenn die Kur zur Heilung oder Milderung einer Krankheit (nicht etwa nur zur Erholung oder Kräftigung) notwendig und der Kranke infolge davon außerstande ist, seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen (Entsch. des sächs. OVG. in ArbVers. 1909 S. 539). Ob dies der Fall ist, ist eine Tatfrage, die sich unserer Beurteilung entzieht. Ebenso können wir im zweiten Fall Ihrer Anfrage die Richtigkeit der Bescheinigung, daß während des zur Beobachtung angeordneten Lazarettaufenthalts Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, nicht nachprüfen. Wir können uns nur über den Rechtspunkt äußern, und zwar dahin, daß, wenn der Beschädigte außerhalb des Lazaretts nicht gehindert sein würde, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, also nur infolge der militärischen Maßnahmen (nicht infolge seiner Krankheit!) arbeitsunfähig ist, ein Anspruch auf Krankengeld nach § 182 Ziff. 2 RVO. nicht besteht (ArbVers. 1917 S. 48 Ziff. 8).

Anfechtung der Entscheidung des Versicherungsamts, durch welche die Nebenstrafe aus § 531 Abs. 2 RVO. ermäßigt ist.

7. **Nach Marggrabowa.** Antwort: Nach § 531 Abs. 2 RVO. kann die Krankenkasse dem wegen Verletzung der Meldepflicht Bestraften die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge auferlegen und den Betrag wie Gemeindeabgaben beitreiben lassen. Dieser Strafbeitrag fließt also zur Krankenkasse. Diese kommt daher im Beschwerdeverfahren keineswegs nur als die festsetzende Stelle, sondern auch als Trägerin des ihr aus der Festsetzung erwachsenen Vermögensrechts in Betracht. Daraus folgt, daß sie im Beschwerdeverfahren als Beteiligte anzusehen ist, der das Recht zur weiteren Beschwerde zusteht, wenn das Versicherungsamt die festgesetzte Strafe aufhebt oder mindert. Dies hat das Oberversicherungsamt verkannt, indem es annimmt, daß nur der Bestrafte zu einer Anfechtung der vom Versicherungsamt erlassenen, die Nebenstrafe ermäßigenden Entscheidung befugt gewesen wäre.

Sterbegeld für das uneheliche Kind des versicherten Vaters?

8. **Nach Berlin, R. D.** Frage: Unsere Krankenkasse gewährt gemäß § 205 RVO. Familienhilfe, und zwar Sterbegeld beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes eines Versicherten. Ein Versicherter beansprucht Sterbegeld für sein uneheliches Kind, für das er Alimente und einen Teil der Begräbniskosten gezahlt hat. Das Kind befand sich in der Pflege der Mutter. Nach Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 4c zu § 205, soll zwar nur die Mutter eines unehelichen Kindes das Sterbegeld erhalten. Es wäre jedoch zu erwägen, ob unter den jetzigen Verhältnissen der Wortlaut des § 205 RVO. auch eine für den Vater günstige Auslegung zuläßt. Tatsächlich handelt es sich doch auch beim versicherten Vater um „ein Kind eines Versicherten".

Antwort: Wir teilen die Meinung von Hahn (gegen Hoffmann, Anm. 7 zu § 205) und verweisen hinsichtlich der näheren Begründung auf ArbVers. 1920 Heft 5 S. 96 Ziff. 5. Zuzugeben ist, daß diese Rechtslage mit den veränderten Anschauungen nicht mehr recht vereinbar erscheint. Das rechtfertigt aber nicht eine andere Auslegung des unter den früheren Anschauungen erlassenen Gesetzes, sondern kann nur Anlaß zu einer Änderung des Gesetzes geben.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1301 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 11. Dezember 1920 | Heft 35

Das Verhältnis des Versicherungsanspruchs auf Krankenhilfe zu dem Versorgungsanspruch auf Heilbehandlung.

Von Oberregierungsrat Dr. Sonderhoff, in Hamburg.

Das Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920 (abgekürzt RVG.) berührt grundsätzlich die Ansprüche der versicherten Versorgungsberechtigten gegen die Krankenkassen auf Grund der RVO. und der Kassensatzungen nicht. Der Versorgungsanspruch auf Heilbehandlung nach dem RVG. besteht selbständig neben einem Versicherungsanspruch auf Krankenhilfe. Der versicherte Militärdienstbeschädigte kann grundsätzlich beide Ansprüche geltend machen. Das RVG. nimmt aber in gewissem Umfange auf das Zusammentreffen beider Ansprüche Bedacht, indem es in solchen Fällen mit Rücksicht auf die Versicherungsleistungen der Kassen die den Versorgungsberechtigten nach dem RVG. zustehenden Leistungen beschränkt oder mindert. Diese Beziehungen zwischen den Versorgungsansprüchen und den Versicherungsansprüchen sollen im folgenden untersucht werden.

Die militärversorgungsberechtigten Versicherten können ihre Ansprüche auf Krankenhilfe oder Heilbehandlung sowohl auf die Versicherung wie auf das RVG. stützen, wenn die Voraussetzungen für beide Ansprüche gegeben sind. Trotzdem aber sind Doppelleistungen teils durch die Art der gesetzlichen Regelung, teils durch die Natur der Leistungen in den wichtigsten Beziehungen ausgeschlossen oder gemindert. Dieses Ergebnis zeigt sich in den beiden Hauptgruppen von Fällen, in denen das Reich selbst, ohne Vermittlung der Krankenkassen eine Heilbehandlung gewährt oder durchführt, und in denen die Krankenkassen als Träger der Fürsorge ein Heilverfahren durchführen. Die erste Gruppe möge zuerst daraufhin geprüft werden.

Auf Grund des RVG. sind die Krankenkassen zur Ausstattung der Versorgungsberechtigten mit **Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln**, die erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen der Dienstbeschädigung zu erleichtern, zur Beschaffung und zum Unterhalt von **Blindenführerhunden**, sowie zur Gewährung von **Badekuren nicht** verpflichtet. Diese Leistungen hat das Reich unmittelbar zu gewähren (§ 8 Abs. 1 und 2, §§ 5, 7 RVG.). Auch die übrigen Leistungen der Heilbehandlung, also die ärztliche Behandlung nebst der Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln, Heilanstaltspflege, Hauspflege und die baren Leistungen, Krankengeld und Hausgeld, als Nebenleistungen der Heilfürsorge in offener oder geschlossener Pflege, kann das Reich an Stelle der Krankenkassen selbst übernehmen bzw. durchführen (§ 8 Abs. 7). Bei den ersteren pflichtmäßig vom Reiche zu gewährenden Leistungen, kann allerdings versicherungsrechtlich nach Gesetz oder Satzung ebenfalls

ein Anspruch auf gleiche Leistungen bestehen. Badekuren sind größere Heilmittel im Sinne des § 193 und im Gegensinne des § 182 RVO. Nach der RVO. hat der Versicherte darauf zwar keinen Anspruch. Wenn jedoch die Kassensatzung auf Grund § 193 RVO. die Kasse zur Gewährung eines Zuschusses für größere Heilmittel verpflichtet, so wäre sie versicherungsrechtlich zur Zahlung des Zuschusses für die Kosten der Badekur verpflichtet (vgl. Hahn, Handbuch, Anm. 5b zu § 182). Orthopädische Hilfsmittel können unter Umständen auch als kleinere oder größere Heilmittel betrachtet werden, wenn sie zur Sicherung des Heilerfolges oder zur Beseitigung der Arbeitsunfähigkeit nötig sind (vgl. ArbVers. 15 S. 43, 23 S. 730, 27 S. 82 und Hahn, Anm. 5e zu § 182). Je nach den Kosten hätte unter dieser Voraussetzung die Kasse auf Grund der RVO. oder ihrer Satzung einfachere Hilfsmittel dieser Art zu liefern oder bei Bedarf auszubessern oder einen Zuschuß dazu zu leisten. Ohne Rücksicht auf die Eigenschaft als Heilmittel kann ja auch die Satzung die Kasse auf Grund § 187 Ziff. 3 RVO. allgemein oder bis zu einem bestimmten Kostenbetrage zur Lieferung und Erneuerung von Hilfsmitteln der Krüppelfürsorge verpflichten. Heilmittel, Hilfsmittel und Badekuren können nun aber ihrer Natur nach nicht doppelt geleistet werden. Der Anspruch auf die einheitliche, unteilbare Leistung kann zwar gegen jeden von mehreren Schuldnern geltend gemacht werden, die beide dieselbe Leistung schulden. Gewährt aber der eine der Schuldner die Leistung, so erlischt auch der Anspruch gegen den anderen. Zuschußverpflichtungen für Bäderkuren und Heil- oder Hilfsmitteln bestehen aber für die Kassen ebenfalls nicht, wenn das Reich die Kosten für diese Leistungen trägt. Denn wenn es diese Heilbehandlungsleistungen übernimmt, trägt es auch die gesamten Kosten. Die Zuschüsse der Kassen setzen aber ihrem Grund und Zweck nach voraus, daß der Versicherte die Kur oder die Heilmittel sich selbst beschaffen muß, weil die Kasse sie nicht ganz tragen kann oder will; und ein anderer Träger der öffentlichen Fürsorge sie ebenfalls nicht oder doch nicht ganz trägt. Lehnt das Reich jedoch eine von dem Versorgungsberechtigten beantragte Badekur ab, und verschafft der versorgungsberechtigte Versicherte sie sich auf eigene Kosten oder mit Hilfe von dritter Seite, so wird die Kasse nicht umhin können, den satzungsmäßigen Zuschuß zu gewähren. Lehnt das Reich die Lieferung von Hilfsmitteln ab, zu deren Gewährung und Ersatz es im Rahmen des § 5 Abs. 1 und § 7 RVG. verpflichtet ist, so spricht eine tatsächliche Vermutung dafür, daß sie nicht erforderlich sind oder infolge unverständigen Verhaltens des Beschädigten ihren Zweck verfehlen würden. In solchem Falle kann auch die Kasse die Lieferung, den Ersatz oder einen Zuschuß dazu ablehnen. Tritt aber der Versicherte gar nicht an das Reich heran, sondern fordert er von der Kasse die Lieferung eines Hilfsmittels, das die Kasse ihm nach der RVO. oder der Satzung als Heilmittel oder Hilfsmittel zu liefern verpflichtet ist, so kann sie rechtlich die Lieferung nicht verweigern. In der Praxis wird sie naturgemäß versuchen, den Versorgungsberechtigten an die Reichsstelle zu verweisen, deren Einrichtungen und Mittel gerade auf diesem Gebiete nutzbringender und reicher sind, zumal die Kasse keinen Ersatz erhält, wenn sie lediglich auf Grund des Versicherungsrechtes Leistungen an Versorgungsberechtigte gewährt.

Soweit das Reich freiwillig an Stelle der Kasse andere Leistungen der Heilfürsorge übernimmt, die an sich der Kasse nach dem RVG. obliegen, so wird die Kasse nur von denjenigen versicherungsrechtlichen Leistungen befreit, die ihrer Natur nach nur einmal für die gleiche Zeit gewährt werden können. Das sind also ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln, die an ihre Stelle tretende Heilanstaltspflege und die Hauspflege. Ist der Versicherte, für den das Reich ein Heilverfahren dieser Art durchführt, arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung, und ist er nach der RVO. oder der Satzung krankengeldberechtigt, so hat er den Versicherungsanspruch auf Krankengeld gegen die Kasse

nach Maßgabe der Kassensatzung. Das Reich hat aber in diesen Fällen kein Krankengeld zu zahlen, sondern bei einer Heilanstaltspflege oder Badekur nach Maßgabe des § 13 nur Hausgeld oder eine besondere Unterstützung und muß nach § 13 Abs. 2 und 4 das Kassenkrankengeld auf diese Barunterstützungen anrechnen. Da das Kassenkrankengeld regelmäßig höher sein wird als das nach der Rente berechnete Hausgeld, und das Reich besondere Unterstützungen an Krankengeldempfänger kaum zahlen wird, so werden die Versorgungsberechtigten neben dem Kassenkrankengeld weitere Barleistungen außer Teilen ihrer Rente in der Regel nicht erhalten. Auch die Rente ruht ja nach § 62 während einer Heilanstaltspflege oder Badekur, und zwar vom Beginn des Kalendermonats an, wenn die Kur mit dem Ersten des Monats angetreten wird, somit mit dem Ersten des folgenden Monats für die vollen Monate der Kur (§ 66). Nur wenn das Reich die Heilbehandlung in offener Pflege durchführt, wird die Rente unverkürzt neben einem dem arbeitsunfähigen Versicherten zustehenden Krankengeld gezahlt.

Für die von dem Reiche durchgeführten Heilbehandlungen an Versicherten, kann das Reich gegen die Kassen keine Ersatzansprüche geltend machen. Das wäre auch unbillig; denn die Versorgungsleiden stehen ja im allgemeinen nicht mit der beruflichen Arbeit und Stellung des Versicherten im Zusammenhang, haben also mit der Sozialversicherung im Grunde nichts zu tun. Der Ausschluß von Ersatzansprüchen des Reiches gegen die Kassen wird aber naturgemäß die Folge haben, daß die Reichsstellen nur in schwierigen oder langwierigen Fällen oder bei Schwerbeschädigten mit hohen Renten die Heilbehandlung in den Reichskrankenanstalten oder durch Fachärzte selbst durchführen werden.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle werden also die Krankenkassen als Träger der Fürsorge die Heilbehandlung durchführen. Das RVG. trifft keine Bestimmungen darüber, ob und inwieweit sie darin den Wünschen oder Weisungen der Versorgungsbehörden Rechnung tragen oder folgen müssen. § 18 bestimmt nur, daß die Versorgungsbehörden jederzeit eine neue Heilbehandlung eintreten lassen können, wenn sie Erfolg verspricht. Eine Pflicht der Kassen, den darauf gerichteten Ersuchen der Versorgungsbehörden zu entsprechen, statuiert das Gesetz nicht. Es ist aber anzunehmen, daß die Kassen sich dem nicht entziehen können, da sie als ausführende Verwaltungsorgane des Reiches zur Durchführung der Heilbehandlung den gesetzlich begründeten Anforderungen der Versorgungsbehörden nachkommen müssen. Die Ausführungsvorschriften werden diesen Punkt aber näher regeln müssen.

Wenn die Kasse selbst das Heilverfahren durchführt, so ist naturgemäß eine Doppelleistung in dem Sinne ausgeschlossen, daß Versicherungsleistungen der Krankenhilfe neben Versorgungsleistungen der Heilbehandlung nicht zu gewähren sind, soweit sie auf dieselbe Zeit entfallen und in der gleichen Art und Höhe zu leisten sind. Ist das aber nicht der Fall, gehen also die Versorgungsansprüche weiter, so müssen die Kassen die weitergehenden Leistungen gewähren. Ob dies der Fall ist, und versicherten Versorgungsberechtigten weitergehende Ansprüche nach dem RVG. zustehen, werden die Kassen von Amts wegen prüfen müssen.

Ganz allgemein geht der Versorgungsanspruch auf V e r s o r g u n g m i t H e i l m i t t e l n über den gleichen Versicherungsanspruch insofern hinaus, als das RVG. eine Begrenzung des Anspruchs auf Heilmittel mit Rücksicht auf den Wert oder die Kosten nicht gestattet. Die Kassen sind daher auch zur Gewährung kostspieliger Heilmethoden, wie Lichtbestrahlungen, orthopädische Behandlungen, verpflichtet, sofern die Anwendung erforderlich erscheint, um eine wesentliche Besserung oder Heilung des Leidens oder eine Besserung der Erwerbsbeeinträchtigung zu erreichen, es sei denn, daß andere einfachere Heilmittel ebenfalls Erfolg versprechen.

Die Gewährung von H e i l a n s t a l t s p f l e g e o d e r H a u s p f l e g e liegt nach

dem RVG. ebenso wie nach der RVO. in dem Ermessen der Kassen. Übereinstimmend ist auch das Erfordernis der Zustimmung des Kranken und die Anweisung an die Kassen geregelt, in den Fällen des § 184 Abs. 3 Nr. 1, 2, 4 RVO. möglichst Krankenhauspflege zu gewähren (§ 11). Während der Heilanstaltspflege steht den Versorgungsberechtigten zwar grundsätzlich neben dem Versicherungshausgeld (§ 186 RVO.) das Versorgungshausgeld unter den gleichen Voraussetzungen wie dieses zu. Auf das Versorgungshausgeld, das zwei Drittel der Vollrente und die nach der Vollrente bemessene Kinderzulage beträgt, ist aber das Versicherungshausgeld anzurechnen (§§ 13, 29, 30 RVG.). Der versicherte Versorgungsberechtigte erhält also nur den Mehrbetrag, wenn das Versorgungshausgeld höher ist als das Versicherungshausgeld, und auch diesen nur, wenn und insoweit sein Einkommen durch Einnahmeausfall während der Heilanstaltspflege oder seiner Krankheit gemindert ist. Den Versorgungsberechtigten, welchen etwa auf Grund des § 215 RVO. im Falle der Krankenhauspflege kein Anspruch auf Hausgeld zusteht, muß nach § 13 RVG. das Versorgungshausgeld unter der Voraussetzung des § 13 Abs. 1 Satz 2 trotzdem gezahlt werden.

Krankenpflege muß den Versorgungsberechtigten unbedingt gewährt werden. Die Kassen, welche von der Befugnis des § 193 Abs. 2 RVO. Gebrauch gemacht haben und auswärtige freiwillige Mitglieder für die Krankenpflege mit Barleistungen abfinden, dürfen daher Versorgungsberechtigten gegenüber von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch machen. Aus dem gleichen Grunde müssen auch die Kassen im Falle des § 215 Abs. 2 RVO. den versicherungsberechtigten Beschädigten Heilbehandlung gewähren.

Die *Dauer der Heilbehandlung* ist nach dem RVG. nicht durch bestimmte Fristen begrenzt. Die Heilbehandlung muß bis zu ihrem Abschluß durchgeführt werden, d. h. bis zu dem Zeitpunkt, in dem eine weitere wesentliche Besserung des Leidens oder eine Behebung der Beschwerden oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit durch ärztliche Kunst oder erfolgversprechende Heilmethoden nicht mehr zu erwarten ist (§ 8 Abs. 4). Bei einer Kur, die einer Verschlimmerung vorbeugen soll, ist der Abschluß gegeben, wenn ein Dauerzustand eingetreten ist oder bei dem Befinden des Kranken ärztliche Kunst versagt und eine weitere Behandlung das Leiden nicht beheben oder lindern kann. Auch wenn daher vorher der Anspruch auf Krankenhilfe nach den §§ 183, 188 RVO. erlischt, hat doch die Kasse die Heilbehandlung bis zum Abschluß durchzuführen.

Auch nach dem RVG. steht den zur Durchführung der Heilfürsorge verpflichteten Kassen die *Bestimmung über die Art der Durchführung* und die Wahl darüber zu, ob sie offene Krankenpflege oder Heilanstaltspflege oder Hauspflege gewähren wollen. Die allgemeinen Rechtsgrundsätze der Reichsversicherung finden hier Anwendung für Versicherte und Nichtversicherte. Die Kassen haben daher im allgemeinen Krankenpflege nur innerhalb ihrer Bezirke und außerhalb derselben nur an den Orten zu gewähren, an denen der Kranke seinen Beschäftigungs- oder Wohnort hat (vgl. *Hahn*, Handbuch, Anm. 10a zu § 182 RVO.). Das RVG. kann den Kassen als örtlichen Organen der Heilfürsorge nicht die Pflicht auferlegen wollen, überall Ärzte, Apotheken, Heilpersonen und Krankenhäuser für die Versorgungsberechtigten bereitzustellen. Das RVG. bestimmt zwar ausdrücklich in § 8 Abs. 3 Satz 3 nur, daß der Versorgungsberechtigte, auch wenn er nicht Mitglied der Kasse ist, der Krankenordnung und den Strafbestimmungen der Kasse unterworfen ist. Es liegt aber in der Natur der Sache und der Organisation der Krankenkassen, daß sie ihre Pflichten gegenüber den Versorgungsberechtigten nur mit den für ihre Versicherten bestehenden Einrichtungen und innerhalb ihres allgemeinen Wirkungsbereiches zu erfüllen haben. Daß der Gesetzgeber über diese gegebenen Möglichkeiten hinaus keine Forderungen an die Kassen stellen

will, ergibt sich auch aus der Vorschrift des § 10, der entsprechend dem § 370 RVO. für die nichtversicherten Versorgungsberechtigten die ärztliche Versorgung sicherstellen soll. Für die versicherten Versorgungsberechtigten werden demgemäß auch die §§ 219, 220, 222 RVO. anzuwenden sein. Bei einem Aufenthalt im Auslande finden aber diese Vorschriften nur insoweit Anwendung, als es sich um Versicherungsleistungen handelt; denn nach § 4 Abs. 4 RVG. haben Versorgungsberechtigte auf Heilfürsorge im Auslande keinen Anspruch, solange nicht die Reichsregierung dahingehende Bestimmungen erläßt. Auf die Versorgungsleistungen finden daher die §§ 221, 217 RVO. keine Anwendung. Verläßt der Kranke unbefugt den Kassenbezirk oder seinen Wohn- oder Beschäftigungsort, so muß er auch den Anspruch auf die Versorgungsheilbehandlung während der Dauer seines eigenmächtigen Verhaltens verlieren; ebenso geht er seines Anspruches auf die Versorgungsheilfürsorge (einschließlich des Krankengeldes) verlustig, so lange er ohne triftigen Grund der Einweisung in ein Krankenhaus nicht Folge leistet oder sich eigenmächtig daraus entfernt oder wegen seines ungebührlichen oder widersetzlichen Verhaltens aus dem Krankenhause entfernt werden muß. Daß die Anwendung dieser versicherungsrechtlichen Grundsätze der Absicht des Gesetzgebers entspricht, folgt auch aus § 19 Abs. 1, der außerdem die Entziehung der Rente in diesen Fällen androht. Auch die Bestimmung des § 19 Abs. 2 über die begrenzte Pflicht zur Duldung von Operationen entspricht ja den im Versicherungsrecht anerkannten Grundsätzen. Desgleichen deckt sich die Vorschrift in § 20 Abs. 1 über die Kostenersatzpflicht des Fürsorgeträgers für Reisekosten, die durch eine Heilbehandlung vernotwendigt sind, mit dem Versicherungsrecht. Hinsichtlich der Art der Durchführung der Heilbehandlung haben also die versicherten Versorgungsberechtigten kein Vorzugsrecht und keine Ausnahmestellung gegenüber den übrigen Mitgliedern der Kasse.

Unklar ist die Regelung des Krankengeldanspruchs durch das RVG. für die Mitglieder der Kassen. Der Wille des Gesetzes geht sicherlich dahin, allen Versorgungsberechtigten, Versicherten und Nichtversicherten, während der Durchführung der Heilbehandlung in offener Pflege Krankengeld im Falle und für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu gewähren. Das Gesetz regelt den Krankengeldanspruch nur durch den § 12. Dieser räumt den Beschädigten einen Versorgungsanspruch auf Krankengeld ein, „wenn keine Krankenkasse zur Zahlung verpflichtet ist“, d. h., wenn ein Versicherungsanspruch auf Krankengeld nicht besteht, „soweit Krankengeld nach Gesetz oder Satzung von der fürsorgepflichtigen Krankenkasse ihm als versicherungspflichtigem Mitglied zu zahlen wäre“. Nach dem folgenden Absatz 2 ist das Krankengeld der Höhe nach so zu bemessen, „als ob der Beschädigte der Krankenkasse freiwillig beigetreten wäre“. Aus der Fassung dieser Bestimmungen ergibt sich zwingend, daß der Gesetzgeber hier nur an die Versorgungsberechtigten gedacht hat, die nicht Kassenmitglieder sind. Er hat offenbar nicht an die freiwilligen Mitglieder gedacht, die nach § 207 RVO. für eine Erkrankung während der Wartezeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben, nicht an die versicherungspflichtigen unständig Beschäftigten, die unter den Voraussetzungen der §§ 451, 452 keinen Anspruch auf Krankenhilfe oder Krankengeld haben, nicht an die freiwilligen Mitglieder in den Fällen der §§ 215, 310 RVO., nicht auch an die ausgesteuerten Mitglieder (§§ 183, 188), die noch Mitglieder der Kassen geblieben sind. Andernfalls hätte der Gesetzgeber den zweiten Absatz, der die Höhe des Krankengeldes für die nicht nach Versicherungsrecht krankengeldberechtigten Beschädigten bestimmt, und den ersten Absatz, der nur die Bedingungen des Versorgungsanspruchs auf Krankengeld für dieselben Personen regelt, ganz anders fassen müssen. Wenn der Gesetzgeber bestimmt, daß der Versorgungsanspruch auf Krankengeld für die Beschädigten, welche keinen Versicherungsanspruch auf Krankengeld haben, hinsichtlich

seiner Leistung so zu beurteilen ist, als wenn es sich um ein versicherungspflichtiges Kassenmitglied handelte, und hinsichtlich seiner Höhe und Berechnungen so, als wenn es sich um ein versicherungsberechtigtes Mitglied handelte, so kann er dies gesetzestechnische Hilfsmittel der Fiktion nur anwenden, weil er davon ausgeht, daß es sich hier überhaupt nicht um Kassenmitglieder handelt. Wenn man sich streng an diese wörtliche Auslegung halten müßte, dann fehlt es an einer gesetzlichen Vorschrift, die einen Versorgungsanspruch auf Krankengeld auch denjenigen Kassenmitgliedern einräumt, welche während ihrer Heilbehandlung versicherungsrechtlich Krankengeld nicht beanspruchen können. Es entspricht aber sicherlich nicht der Absicht des Gesetzes, die versicherten Versorgungsberechtigten, die ausnahmsweise das Versicherungskrankengeld nicht beanspruchen können, schlechter zu stellen als die nichtversicherten Beschädigten. Der § 12 Abs. 1 muß daher auch auf diese versicherten Versorgungsberechtigten Anwendung finden. Auch ihnen gegenüber „ist keine der im § 8 Abs. 3 genannten Kassen zur Zahlung verpflichtet". Nach § 12 Abs. 1 steht daher allen Beschädigten, die nach Versicherungsrecht keinen Anspruch auf Krankengeld haben, der Versorgungsanspruch auf Krankengeld zu, „soweit" die Kassen ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern versicherungsrechtlich Krankengeld zu zahlen haben. Auch diese nähere Bestimmung ist infolge der vieldeutigen Konjunktion „soweit" unklar. Vor allem erhebt sich die Frage, ob damit auch die Befristung des Krankengeldanspruchs nach den §§ 183, 188 RVO. Anwendung finden soll. Die folgende Auslegung dürfte der Absicht des Gesetzes entsprechen.

Der Hauptsatz spricht allen Versorgungsberechtigten während einer Heilbehandlung in offener Pflege das Recht auf Krankengeld dem Grunde nach zu, wenn sie nicht bereits nach Versicherungsrecht Krankengeld zu beanspruchen haben. Die Höhe des Krankengeldes soll der zweite Absatz regeln. Der mit „soweit" eingeleitete Nebensatz des ersten Absatzes muß daher die Art und Weise, die näheren oder besonderen Bedingungen der Leistung und Zahlung des Krankengeldes regeln. Insoweit finden die diesbezüglichen Normen des Versicherungsrechts für versicherungspflichtige Kassenmitglieder Anwendung. Dagegen die Normen, welche überhaupt das Recht auf Krankengeld oder Krankenhilfe grundsätzlich negieren, sind ausgeschaltet, also in erster Linie die §§ 183, 188, sodann auch die §§ 451 und 452 RVO. sowie die nur gegenüber freiwilligen Mitgliedern geltenden §§ 207, 215, 310 RVO. Zu den anzuwendenden Normen über die Bedingungen oder Modalitäten der Krankengeldleistung gehört die für den Beginn der Zahlung festgesetzte Wartezeit von einem bis drei Tagen (§§ 182 Abs. 2, 191 Abs. 2), die Kürzung des satzungsmäßigen Krankengeldes unter den Voraussetzungen der §§ 189, 190, die höhere Bemessung des Krankengeldes, sofern sie auch satzungsgemäß freiwilligen Mitgliedern zukommt (§ 191 Abs. 1 RVO. in Verbindung mit § 12 Abs. 2 RVG.), die Zubilligung für Sonn- und Feiertage (§ 191 Abs. 1 RVO.), die Entziehung oder Kürzung im Falle des § 191 Ziff. 1 (§ 191 Ziff. 2 kann bei Versorgungsleiden nicht in Frage kommen), die Wartezeit für Mehrleistungen nach den §§ 208, 209, so daß Nichtkassenmitglieder bei entsprechenden Satzungsvorschriften überhaupt keinen Anspruch auf das höhere Krankengeld haben, die §§ 210 bis 212, 219, 220, 222 RVO. Danach wird der Anspruch auf Krankengeld auch durch das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit bedingt, wobei der Begriff der Arbeitsunfähigkeit nach dem Recht der Krankenversicherung zu beurteilen ist. Die Erwerbslosen, die nach § 214 nur Anspruch auf die Regelleistungen haben, haben auch nach dem RVG. keinen Anspuch auf ein höheres satzungsmäßiges Krankengeld, weil § 12 RVG. für die nach Versicherungsrecht krankengeldberechtigten Beschädigten nicht gilt. Die Vorschriften der §§ 216, 217 kommen für das Versorgungskrankengeld ebenfalls nicht in Frage, da dieses die Leistung von Heilbehandlung voraussetzt und die Versorgungs-

berechtigten nach § 4 Abs. 4 RVG. keinen Anspruch auf Heilbehandlung im Auslande haben. Versorgungsberechtigte, welche sich nicht durch die Kassen oder von den Reichsstellen auf Grund des RVG. behandeln lassen, haben nach dem RVG. ebenfalls keinen Anspruch auf Versorgungskrankengeld; denn dieses ist nach § 12 unbedingt an die Durchführung einer Heilbehandlung auf Grund dieses Gesetzes geknüpft.

Die Höhe des Krankengeldes, d. h. der maßgebende Grundlohn, muß sich nicht nur für die nach Versicherungsrecht, sondern auch für die nach dem Versorgungsrecht krankengeldberechtigten Versicherten oder Mitglieder nach ihrem bisherigen Grundlohn richten, auf dem ihre Versicherung beruht; § 12 Abs. 2 Satz 1 RVG. kann für die Mitglieder der Kassen nicht gelten, für welche die Satzung bereits die Höhe des Krankengeldes bestimmt. Das sind also die ausgesteuerten Mitglieder, die unständigen Mitglieder in den Fällen der §§ 451, 452, die freiwilligen Mitglieder in den Fällen der §§ 207, 215, 310 RVO. Dagegen müssen die folgenden Vorschriften in den Sätzen 2 und 3 des § 12 Abs. 2 RVG. für diese Mitglieder, deren Krankengeldanspruch nur auf dem RVG. beruht, ebenfalls Anwendung finden. Das Krankengeld darf also nur insoweit gewährt werden, als das Einkommen, also nicht etwa nur ihr Arbeitsverdienst, durch die Erkrankung gemindert ist, und für die Rentenempfänger ist das Krankengeld außerdem insoweit zu kürzen, daß Krankengeld und Rente zusammen den Betrag der Vollrente nebst der Orts- und Teuerungszulage nicht übersteigen. Für diejenigen Mitglieder dagegen, welche das Versicherungskrankengeld beziehen, ist die Rente unverkürzt weiter zu gewähren, sofern nicht das Reich Heilanstaltspflege oder eine Badekur gewährt. Das Versicherungskrankengeld schließt das Versorgungskrankengeld aus, denn letzteres steht nach § 12 Abs. 1 RVG. nur zu, wenn ersteres nicht zu zahlen ist.

Neben der Hauspflege steht den Versorgungsberechtigten sowohl nach Versicherungsrecht wie nach Versorgungsrecht das Krankengeld zu. Nach § 185 Abs. 2 RVV. kann die Satzung gestatten, für Gewährung der Hauspflege das Krankengeld bis auf drei Viertel des satzungsmäßigen Betrages zu kürzen. Auch diese Vorschrift gehört zu den versicherungsrechtlichen Normen im Sinn des § 12 Abs. 1 RVG., die auch auf das Versorgungskrankengeld zu beziehen sind.

Die Beziehungen zwischen dem Versicherungshausgeld und dem Versorgungshausgeld sind bereits bei Besprechung der Heilanstaltspflege dargelegt worden. Auf Krankenhaustaschengeld, das Versicherten nach § 194 Abs. 2 RVO. satzungsgemäß zu gewähren ist, steht den Versorgungsberechtigten ein erzwingbarer Anspruch nicht zu. Nach § 13 Abs. 3 RVG. kann aber dem Versorgungsberechtigten, der versicherungsrechtlich kein Krankenhaustaschengeld erhält, bei Bedürftigkeit eine Geldunterstützung gewährt werden. Die Kassen sind daher in der Lage, den Versorgungsberechtigten in solchen Fällen ebenfalls ein Taschengeld zu gewähren, somit auch ihren versorgungsberechtigten Mitgliedern, die aus besonderen versicherungsrechtlichen Gründen keinen Anspruch auf diese Mehrleistung haben oder ihn verloren haben.

Die Versorgungsleistungen sind ebenso wie die Versicherungsleistungen auf Antrag zu gewähren (§ 1 RVG., § 1551 RVO.). Wenn aber versicherte Rentenempfänger Krankenhilfe von ihrer Kasse begehren, wird die Kasse nicht einen besonderen Antrag auf die Leistungen des RVG. abwarten können, sondern ohne weiteres prüfen müssen, ob dem Beschädigten nicht auch gleiche oder weitergehende Ansprüche auf Heilfürsorge aus dem RVG. zustehen. Dieser Prüfung kann sie sich schon um deswillen nicht entziehen, weil sie auf die ihr nach § 14 RVG. zustehenden Ersatzansprüche Bedacht nehmen muß. Ersatz für die Krankenhilfeleistungen für Versorgungsberechtigte mit Versicherungsansprüchen erhält die Kasse allerdings nur, wenn die Versicherten nicht nur Krankenpflege, sondern auch Krankengeld zu beanspruchen haben.

Dabei macht es aber keinen Unterschied, ob der Krankengeldanspruch auf der RVO. und der Satzung oder ob er auf § 12 RVG. beruht. Die Kasse hat daher Ersatzansprüche für alle arbeitsunfähig kranken Versicherten, für die sie versicherungsrechtlich Krankenhilfe oder Krankenpflege gewähren muß, gleichgültig ob sie offene Krankenpflege oder Krankenhauspflege gewährt, sofern nur auch ein Versorgungsanspruch auf Heilbehandlung gegeben und von den Versorgungsämtern anerkannt ist. Die sorgfältige Prüfung der Versorgungsansprüche und der sich aus diesen ergebenden Beziehungen zwischen diesen und den Versicherungsansprüchen ist daher jedenfalls bei allen arbeitsunfähig kranken Versicherten geboten, die wegen eines Versorgungsleidens Krankenhilfe erhalten. Einen Beitrag zur Klärung der aus dem Zusammentreffen beider Ansprüche sich ergebenden rechtlichen und praktischen Fragen zu liefern, war der Zweck dieser Untersuchung.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Neuwahlen in der Krankenversicherung.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 1. November 1920 (Volksw. S. 381).

Die auf Grund des Gesetzes, betreffend die Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung vom 4. August 1914 (RGBl. S. 348), erlassenen Verordnungen des Bundesrats verfolgten nicht den Zweck, die Amtsdauer der Vertreter in den Organen der Reichsversicherung bis zu einem bestimmten Endpunkte derart festzulegen, daß bis dahin Neuwahlen überhaupt unzulässig sein sollten, vielmehr sollte nur die Beschlußfähigkeit der Organe in ihrer bisherigen Besetzung sichergestellt werden. Rechtliche Bedenken bestehen daher nicht, daß bei den Krankenkassen auch schon vor dem in den genannten Verordnungen bestimmten Endtermin, nämlich vor dem 31. Dezember 1921, Wahlen vorgenommen werden, wie solche ja auch schon vielfach stattgefunden haben.

Straffreiheit und Strafmilderung in Disziplinarsachen der Krankenkassenangestellten.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 11. Oktober 1920 (Volksw. S. 362).

Nach Entscheidung des Reichsarbeitsministers findet das Gesetz über die Gewährung von Straffreiheit und Strafmilderung in Disziplinarsachen vom 8. Mai 1920 (RGBl. S. 910) auch auf die Angestellten der Krankenkassen, welche der Dienstordnung unterstehen, und, soweit nicht die preußische Verordnung vom 16. Februar 1919 (Gesetzs. S. 27) in Frage kommt, auf die Krankenkassenbeamten Anwendung, denen die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten übertragen sind.

Versicherungsfreiheit eines Amtsboten? (§ 169 Abs. 1 RVO.)

Entscheidungen des Versicherungsamts Hattingen
a) vom 2. Januar 1920 (Vorentscheidung);
b) vom 31. März 1920.

a)

Nach § 1 der Verordnung über die Ausdehnung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321) ist die Grenze der Versicherungspflicht der im § 165 Abs. 1 RVO. der Ziff. 2 bis 5 bezeichneten Personen auf 5000 ℳ erhöht worden. Dadurch sind Personen, die vom Tage der Gesetzeskraft, also vom 2. Dezember 1918 ab, mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst von mehr als 5000 ℳ in eines der im § 1 bezeichneten Beschäftigungsverhältnisse treten, versicherungspflichtig geworden. Aber auch Personen, die bereits vorher in einem solchen Beschäftigungsverhältnisse standen, jedoch wegen ihres Jahresarbeitsverdienstes von mehr als 2500 ℳ nicht versicherungspflichtig waren, unterliegen vom 2. Dezember 1918 ab der Versicherungspflicht. Ferner ist durch die Verordnung vom 3. Februar 1919 (RGBl. S. 191) der § 169 Abs. 1 RVO. wesentlich abgeändert worden. Versicherungsfrei sind demgemäß ab 17. Februar 1919 nur noch Beamte und solche Beschäftigte, die nach Art der Beamten angestellt sind, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber ein Anspruch mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen (§ 179) oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge anderthalbfachen Betrages des Krankengeldes (§ 182) gewährleistet ist. Die Versicherungsfreiheit von Personen, die ohne Beamteneigenschaft, in Betrieben oder im Dienste der im § 169 Abs. 1 bezeichneten Art beschäftigt werden, ist mit dem Inkrafttreten der

Verordnung erloschen. Wie zweifelsfrei feststeht, ist der Amtsbote H. mit Beamteneigenschaft und Pensionsberechtigung seit 1. November 1918 angestellt gewesen. Die Verordnung vom 3. Februar 1919 kann somit auf ihn keine Anwendung finden. Da sein Jahreseinkommen jedoch die Grenze von 5000 *M* nicht überstieg, so fällt er unter die Verordnung vom 22. November 1918 über die Ausdehnung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung. Versicherungsfrei wäre er daher nur dann, wenn ihm gegen seinen Arbeitgeber ein Anspruch in Gemäßheit des § 169 Abs. 1 RVO. für alle Fälle gewährleistet gewesen ist. Die Anstellung eines Beamten auf Lebenszeit gewährleistet für sich allein diese Ansprüche nicht, es bedarf vielmehr noch der besonderen Zusage eines Zuschusses beim Fortfall oder bei Verminderung der Dienstbezüge infolge von vorläufiger Dienstenthebung, Kündigung oder ähnlichen Ursachen (vgl. grundsätzl. Entsch. des RVA. vom 10. Mai 1919 Nr. 2534, Amtl. Nachr. 1919 S. 359, ArbVers. 1919 S. 491). Eine solche Zusage in Form eines Amtsversammlungsbeschlusses liegt nicht vor. Es ist aber trotzdem anzunehmen, daß dem H. ein solcher Anspruch gewährleistet gewesen ist. H. hatte im Falle seiner Erkrankung auf Grund des Gesetzes, betreffend die Anstellung und Versorgung der Kommunalbeamten, vom 30. Juli 1899 (vgl. Preuß. Kommunalbeamtenrecht S. 141) Anspruch auf Fortzahlung des vollen Gehalts usw. in folgender Höhe: Grundgehalt 2400 *M*, Mietsentschädigung 250 *M*, Teuerungszulage 1632 *M*, zusammen jährlich 4282 *M* oder täglich 11,73 *M*. Der anderthalbfache Betrag des Krankengeldes betrug 7,50 *M*. Aber auch im Falle seiner vorläufigen Dienstenthebung stand demselben noch ein Anspruch in Höhe des anderthalbfachen Betrages des Krankengeldes zur Seite, wie folgende Aufstellung ergibt: Gehalt ½ von 2400 *M* = 1200 *M*, Mietsentschädigung ½ von 250 *M* = 125 *M*, Teuerungszulage zum vollen Betrage, da nach dem Amtsversammlungsbeschluß vom 10. August 1917 die staatlichen Sätze gezahlt werden und die diesbezüglichen staatlichen Ausführungsbestimmungen (vgl. unter I Ziff. 19) die Zahlung der Teuerungszulagen auch an vorläufig vom Dienst enthobene Beamte, berechnet nach dem vollen Gehalt, vorschreiben; mithin 11,32 *M*, zusammen jährlich 2957 *M* oder täglich 8,10 *M*.

Es war somit, wie geschehen, zu entscheiden (nämlich dahin, daß H. krankenversicherungsfrei war).

b)

Durch Vorentscheidung vom 2. Januar d. Js. war dahin entschieden worden, daß der verstorbene Amtsbote H., da ihm im Falle seiner Erkrankung usw. ein Anspruch auf Gehalt oder ähnliche Bezüge mindestens im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes (§ 182 RVO.) gewährleistet gewesen ist, nicht als krankenversicherungspflichtig zu betrachten sei. Auf den Inhalt der Entscheidung wird Bezug genommen. Von der klagenden Kasse wurde rechtzeitig der Antrag auf mündliche Verhandlung gestellt.

In der mündlichen Verhandlung vom 13. Februar d. Js. ergaben sich Zweifel, ob dem H. tatsächlich für alle Fälle ein Anspruch mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes (§ 182 RVO.) gewährleistet gewesen ist. Es wurde z. B. der Fall einer Kündigung bzw. Pensionierung zur Sprache gebracht. Vom Versicherungsamt wurde daher beschlossen, noch Beweis darüber zu erheben, welcher Anspruch auf Ruhegehalt dem H. im Falle seiner Pensionierung zugestanden haben würde. Es stellte sich nun heraus, daß derselbe noch keinen Anspruch auf Ruhegehalt erworben hatte, weil er noch nicht zehn Jahre im Amte war. H. war zwar endgültig mit Beamteneigenschaft angestellt, es konnte ihm jedoch mit dreimonatiger Frist zum Vierteljahresersten gekündigt werden. Die Kündigung ist nach dem Ortsstatut über die Anstellung usw. der Beamten des Amtes von dem Vorhandensein eines wichtigen Grundes (§ 626 BGB.) abhängig. Die Entscheidung darüber, ob ein wichtiger Grund vorliegt, trifft auf Anruf die Kommunalaufsichtsbehörde.

Bei dieser Sachlage konnte der Fall eintreten, daß dem H. am 1. April 1919 zum 1. Juli 1919 aus einem wichtigen Grunde, der von der Aufsichtsbehörde als solcher anerkannt worden ist, gekündigt worden wäre. Wird nun angenommen, daß derselbe kurz nach der Kündigung auf die Dauer von 26 Wochen erkrankte, so war ihm ein Anspruch auf Gehalt im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes nicht gewährleistet, denn er bekam dann in Wirklichkeit nur noch Gehalt für 13 Wochen. Dasselbe betrug: Gehalt ¼ von 2400 *M* = 600 *M*, Wohnungsgeld ¼ von 250 *M* = 62,50 *M*, Teuerungszulage ¼ von 1632 *M* = 408 *M*, zusammen 1070,50 *M*. Der eineinhalbfache Betrag des Krankengeldes für 26 Wochen betrug jedoch (7,50 × 151) 1132,50 *M*. Noch ungünstiger konnte für H. der Fall sein, wenn er z. B. kurz vor Ablauf der Kündigungsfrist erkrankt wäre.

Wie bereits in der Vorentscheidung ausgeführt, gewährleistet die Anstellung eines Beamten auf Lebenszeit für sich allein die Ansprüche in Gemäßheit des § 169 Abs. 1 RVO. nicht, es bedarf vielmehr noch der besonderen Zusage eines Zuschusses beim Fortfall oder Verminderung der Dienstbezüge infolge von vorläufiger Dienstenthebung, Kündigung oder ähnlichen Ursachen. Da eine solche Zusage nicht gegeben war, hätte H. im Falle seiner Erkrankung

während einer Kündigungsfrist keinen Anspruch auf Gehalt im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes auf die Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen gehabt. Die Voraussetzungen des § 169 Abs. 1 RVO. waren somit als nicht erfüllt anzusehen und unterlag daher H. vom Inkrafttreten der Verordnung vom 22. November 1918 der Krankenversicherungspflicht.

B. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1920 S. 411 ff.)

Nr. 408. Ist in den Versicherungsbedingungen einer Ersatzkasse bestimmt, daß die Leistungen in allen Fällen mindestens diejenige Höhe haben müssen, welche erreicht worden wäre, wenn der Fürsorgeberechtigte während der ganzen Dauer seiner Zugehörigkeit zur Ersatzkasse auf Grund der zur Zeit geltenden reichsgesetzlichen Bestimmungen versichert gewesen wäre, so ist auch § 1 der Bekanntmachung vom 26. August 1915 anwendbar.

Nr. 409. Wird in einem Verfahren über einen Anspruch auf Leistungen die Versicherungspflicht streitig, so ist hierüber in diesem Verfahren zu entscheiden; ein besonderes Verfahren nach § 210 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist unstatthaft.

Nr. 410. Die Zeit, während der ein Kriegsteilnehmer eine militärische Gefängnisstrafe verbüßt, gilt als Kriegsdienstzeit im Sinne der Verordnung vom 26. August 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 531).

Nr. 411. Die Versicherungspflicht einer Person nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte wird dadurch nicht ausgeschlossen, daß sie ihrerseits Angestellte auf eigene Kosten beschäftigt.

Nr. 412. Ein Befreiungsrecht aus § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist gegeben, wenn die vor dem 5. Dezember 1911 abgeschlossene Lebensversicherung zum Zwecke ihrer Erhöhung unter Übernahme der Prämienreserve in eine neue Lebensversicherung umgewandelt wird. Der Grundsatz vom 28. Oktober 1914, AVN. 1915 S. 38 Nr. 23, wird aufgegeben.

Nr. 413. Die Vorschrift des § 54 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist keine zwingende; der Nachweis von Krankheitszeiten kann auch auf andere Weise erbracht werden.

Nr. 414. Ein Anspruch auf Hinterbliebenenrente besteht nicht, wenn Beiträge überhaupt nicht entrichtet sind.

Nr. 415. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und der Verheiratung ist auch dann anzunehmen, wenn die Angestellte ihre Stellung zwar ohne Rücksicht auf ihre Verheiratung verloren, ihre Bemühungen um eine neue versicherungspflichtige Stellung aber erst infolge ihrer Verheiratung aufgegeben hat.

Sprechsaal.

Abänderungsvorschläge zum Gesetz über Wochenhilfe.

Da nach dem Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. 9. 19 Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes zu gewähren ist, so sind bei den versicherten Wöchnerinnen Stillgelder von 5 ℳ, 6 ℳ und 7,50 ℳ täglich gar keine Seltenheit mehr. Mögen auch diese Beträge zur Bestreitung der nötigen Nahrung nicht zu hoch sein, so muß man sich doch fragen, ob denn das vorgeschriebene Mindeststillgeld von 75 Pf. täglich überhaupt noch seinem eigentlichen Zwecke wesentlich dienen kann. Man darf es verneinen, denn selbst in ländlichen Gegenden ist der Liter Milch nicht unter 2 ℳ zu bekommen. Oder bedürfen die in niedrigen Lohnstufen versicherten und die versicherungsfreien Wöchnerinnen während des Stillens etwa weniger guter Nahrung? Im Gegenteil, da es sich vielfach um Frauen handelt, denen infolge ihres Körperzustandes gut gelohnte Arbeit nicht zugemutet werden kann, oder die aus anderen Gründen (große Kinderzahl) nicht mehr oder überhaupt nicht erwerbend tätig sein können (freiwillig Versicherte, Versicherungsfreie, Minderbemittelte). Diese unsoziale, unterschiedliche Behandlung wäre am einfachsten durch Gewährung einheitlicher Stillgelder für alle anspruchsberechtigten Wöchnerinnen zu beseitigen. Ich möchte daher folgende Änderung der Bestimmungen anregen.

§ 195 a RVO. Abs. 4 erhält folgende Fassung: . . . solange sie ihre Neugeborenen stillen ein Stillgeld in Höhe des halben Durchschnittskrankengeldes einschließlich der Sonn- und Feiertage bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft.

§ 205 a hinter Abs. 3: Als Wochenhilfe werden die im § 195a bezeichneten Leistungen gewährt, dabei beträgt das Wochengeld einundeinehalbe Mark täglich, das Stillgeld die Hälfte des Durchschnittskrankengeldes der leistungspflichtigen Kasse. Die Satzung kann den Betrag des Wochengeldes bis auf die Hälfte des Krankengeldes der Versicherten erhöhen.

§ 19 Satz 2: Dabei beträgt das Wochengeld einundeinhalb Mark, das Stillgeld die Hälfte des Durchschnittskrankengeldes der zahlungspflichtigen Kasse.

Bei einer solchen Regelung würden sich einheitliche Stillgelder zwischen 3 und 4 ℳ täglich er-

geben, wenn alle Kassen der heutigen Geldentwertung entsprechende Grundlöhne einführen und überall entsprechende Ortslöhne festgesetzt werden.

Die im § 195a RVO. unter Nr. 1 und 3 festgesetzten Beträge von 50 ℳ bzw. 25 ℳ entsprechen bei den bedeutend erhöhten Arzthonoraren und Hebammengebühren nicht mehr den heutigen Verhältnissen, Sätze von 100 ℳ bzw. 50 ℳ dürften jetzt nicht zu hoch sein.

Wittkämper, Geschäftsführer der Allg. Ortskrankenkasse in Bünde.

Anmerkung der Schriftleitung: Die vorstehende Anregung beruht auf einem gesunden Gedanken. Unter gesetzestechnischen Gesichtspunkten erscheint aber die Einführung des Begriffs des „Durchschnittskrankengeldes" einer Krankenkasse bedenklich oder doch einer ausdrücklichen näheren Bestimmung im Gesetze selbst bedürftig. Wir verweisen auf die Zweifel, die sich hinsichtlich des ähnlichen Ausdrucks im § 370 RV. ergeben haben: Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2c zu § 370, sowie ArbVers. 1919 S. 339 Ziff. 2 und die dort angeführten Stellen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Tarifvertrag für die Angestellten der Krankenkassen in Groß-Berlin.

Zwischen dem Verbande der Krankenkassen im Bezirke des Oberversicherungsamts Groß-Berlin und dem Zentralverband der Angestellten, Bezirk Groß-Berlin, ist folgender Tarifvertrag abgeschlossen worden:

§ 1. Der Vertrag regelt: 1. das Arbeitsverhältnis, 2. das Gehaltsverhältnis, 3. das Mitbestimmungsrecht, 4. das Pensionsverhältnis der im Sinne der Reichsversicherungsordnung Beschäftigten einheitlich.

§ 2. Einteilung und Besoldung der Beschäftigten:

Gruppe A.

1. a) Geschäftsführer aller Krankenkassen bis 5000 Mitglieder; b) stellv. Geschäftsführer der Krankenkassen von 10 000 bis 20 000 Mitgliedern; c) Abteilungsvorsteher der Kassen von 20 000 bis 40 000 Mitgliedern; d) Rendanten der Allgem. OKK. Weißensee und Wilmersdorf. 11 000 ℳ Grundgehalt, 16 500 ℳ Endgehalt, 6000 ℳ B. T.*).

2. a) Geschäftsführer der Allgemeinen Ortskrankenkassen von 5000 bis 10 000 Mitgliedern und Geschäftsführer der besonderen Ortskrankenkassen über 5000 Mitglieder, sofern dieselben nicht besonders aufgeführt sind; b) Abteilungsvorsteher größerer Kassen (über 40 000 Mitglieder); c) stellv. Geschäftsführer der Kassen von 20 000 bis 40 000 Mitgliedern, soweit sie nicht besonders benannt sind. 12 000 ℳ Grundgehalt, 17 000 ℳ Endgehalt, 7000 ℳ B. T.

3. a) Geschäftsführer der Allgemeinen Ortskrankenkassen über 10 000 Mitglieder; b) Abteilungs- und Zahlstellenvorsteher sowie stellv. Hauptkassierer der Allgem. OKK. der Stadt Berlin; c) stellv. Geschäftsführer der Allgem. OKK. Niederbarnim, Neukölln und Schöneberg. 13 000 ℳ Grundgehalt, 18 000 ℳ Endgehalt, 7000 ℳ B. T.

4. Geschäftsführer der Ortskrankenkasse der Buchdrucker und Mechaniker sowie der Allgem. OKK. Lichtenberg. 14 000 ℳ Grundgehalt, 20 000 ℳ Endgehalt, 7000 ℳ B. T.

5. a) Geschäftsführer der Allgem. OKK. Neukölln, Niederbarnim und Schöneberg; b) stellv. Geschäftsführer der Allgem. OKK. Charlottenburg; c) Hauptkassierer der Allgem. OKK. der Stadt Berlin. 15 000 ℳ Grundgehalt, 21 500 ℳ Endgehalt, 8000 ℳ B. T.

6. Geschäftsführer der Allgem. OKK. Charlottenburg. 23 000 ℳ Gehalt, 8500 ℳ B. T.

*) B. T. = Beweglicher Teuerungszuschlag.

7. a) Direktor der Allgem. OKK. der Stadt Berlin. 32 000 ℳ Gehalt, 10 000 ℳ B. T.; b) 1. Geschäftsführer der Allgem. OKK. der Stadt Berlin. 29 000 ℳ Gehalt, 10 000 ℳ B. T.

Gruppe I.

a) Sämtliche Vertreter der Abteilungsvorsteher, Expedienten, der Krankenabfertigung, Krankengeldauszahler, Einnehmer freiwilliger Beiträge, Gegenbuchhalter, Korrespondenten, Materialverwalter, Vorsteherinnen der Kanzleien der Allgem. OKK. der Stadt Berlin. 10 000 ℳ Grundgehalt, 15 000 ℳ Endgehalt, 6000 ℳ B. T.

b) Hilfsschalterbeamte in der Krankenabfertigung, Registratoren, Beitragsberechner, Ermittler, Buchhalter in der Hauptkasse, soweit die letzteren nicht in Gruppe a kommen. 8500 ℳ Grundgehalt, 12 750 ℳ Endgehalt, 6000 ℳ B. T.

c) Männliche Beschäftigte im Melde- und Rechnungswesen, Bureaugehilfen, selbständig korrespondierende Stenotypistinnen, Schalterbeamtinnen mit selbständiger und verantwortlicher Tätigkeit, Krankenbesucher, Kassenboten, Beitragserheber. 7300 ℳ Grundgehalt, 10 950 ℳ Endgehalt, 6000 ℳ B. T.

Gruppe II.

a) Stenotypistinnen und Schreiberinnen an der rechnenden Schreibmaschine und andere weibliche Beschäftigte mit selbständiger Tätigkeit. 6000 ℳ Grundgehalt, 9000 ℳ Endgehalt, 4000 ℳ B. T.

b) Alle übrigen weiblichen Beschäftigten über 21 Jahre. 5400 ℳ Grundgehalt, 8100 ℳ Endgehalt, 4000 ℳ B. T.

Vorstehende Gehälter gelten für alle Beschäftigten über 21 Jahre. Von 18 bis 21 Jahren werden 75 v. H. obiger Gehälter gezahlt. Bis 18 Jahre gilt freie Vereinbarung unter Mitwirkung des Betriebsrates. — Ermittler, Krankenbesucher und Beitragserheber erhalten eine Kleiderzulage von 1200 ℳ jährlich. — Kassen- und Zahlstellenboten erhalten ein Drittel dieses Betrages. Die Kinderzulage beträgt 50 ℳ für jedes Kind und Monat bis zum vollendeten 18. Lebensjahre, soweit das Einkommen des Kindes 150 ℳ nicht übersteigt.

Das Besoldungsdienstalter von Grund- bis Endgehalt umfaßt 12 Dienstjahre und sind die jährlichen Zulagen gleich.

§ 3. Allen zur Zeit in Krankenkassen Beschäftigten sind die bei der sie jetzt beschäftigenden Kasse geleisteten Dienstjahre vom 21. Lebensjahre ab anzurechnen, und zwar in derjenigen Gruppe, welcher sie beim Inkrafttreten dieses Tarifes angehören. Die in aufgelösten oder mit der dienstgebenden Kasse vereinigten Kassen zurückgelegten Dienstjahre werden

ebenfalls voll angerechnet. Die Zeit der Beschäftigung als Hilfsarbeiter mit monatlichem Gehalt wird vom 21. Lebensjahre ebenfalls angerechnet. Wird der Angestellte in eine höhere Gruppe versetzt, so gilt sein bisheriges Gehalt als Grundlage für die Zuteilung in die Gehaltsstufe. Ist eine Gehaltsstufe, die seinem bisherigen Gehalt entspricht, nicht vorhanden, so kommt er in die nächst höhere Stufe.

§ 4. Die Arbeitszeit im Innendienst beträgt täglich einschließlich der Pause von 20 Minuten 7¼ Stunde (von 8 bis 3¼ Uhr) außer Sonnabend, an diesem Tage ist um 2 Uhr Schluß der Dienstzeit. Die Arbeitszeit hat Gültigkeit für alle Beschäftigten. Im Außendienst darf die Arbeitszeit nicht über 8½ Uhr abends ausgedehnt werden.

§ 5. Jedem länger als ein Jahr Beschäftigten ist ein Urlaub unter Fortzahlung des Gehalts zu gewähren und die Dauer des Urlaubs wie folgt zu bemessen: nach dem

1.	Jahre der Beschäftigung	6 Arbeitstage
2.	" " "	12 "
5.	" " "	18 "
10.	" " "	24 "

Zurückgelegte Dienstjahre bei anderen Kassen rechnen im Sinne des § 3 bei Bemessung der Urlaubszeit mit.

Bei Bemessung des Urlaubs gilt der 1. April jeden Jahres als Stichtag. Die Urlaubszeit darf ohne Zustimmung des Beschäftigten nicht geteilt werden. Für eine notwendige Vertretung während der Urlaubszeit hat die Kasse Sorge zu tragen. Die Zeit einer Erkrankung, kurzen Beurlaubung oder Dienstbefreiung wird nach der Dienstordnung geregelt.

§ 6. Die Dienstalterszulagen werden vom ersten Tage des Kalenderquartals, welches auf den Eintrittstag folgt, gewährt, und zwar frühestens nach einem Dienstjahr. Bei Inkrafttreten des Tarifs Beschäftigte, die bereits am 1. April 1920 im Kassendienst waren, erhalten die künftigen Zulagen am 1. Januar jeden Jahres.

§ 7. Die Pensionsverhältnisse sind nach der Dienstordnung und dem Pensionsregulativ der einzelnen Kassen zu regeln.

§ 8. Geheime Personalakten dürfen nicht geführt werden. Dem Obmann des Betriebsrates muß auf Ersuchen des betreffenden Angestellten Einsicht in die Personalakten jedes Beschäftigten gewährt werden. Bei jeder Eintragung, die sich auf die Führung des Beschäftigten bezieht, ist demselben Kenntnis und Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

§ 9. Das Mitbestimmungsrecht ist dem Beschäftigten nach den Bestimmungen des Betriebsrätegesetzes gewährleistet.

§ 10. Kommt bei Streitfällen eine Einigung nicht zustande, so ist je ein Vertreter der zuständigen Organisation hinzuzuziehen. Gelingt es auch dann nicht, das Einverständnis herzustellen, so soll der im § 11 vorgesehene Schlichtungsausschuß angerufen werden.

§ 11. Zur Schlichtung der aus diesem Vertrage sich ergebenden Streitigkeiten wird ein Schlichtungsausschuß, bestehend aus drei Vertretern der Krankenkasse und drei Vertretern der Beschäftigten, eingesetzt. Gelangt der Schlichtungsausschuß zu keiner Einigung, so ist unter Hinzuziehung eines unparteiischen Vorsitzenden eine Entscheidung zu treffen, die für beide Teile rechtsverbindlich ist. Der unparteiische Vorsitzende wird von den Beisitzern des Schlichtungsausschusses mit Stimmenmehrheit gewählt. Ist eine Stimmenmehrheit nicht zu erzielen, so ist das Reichsarbeitsministerium um Benennung des Vorsitzenden zu ersuchen.

§ 12. Bestehende höhere Einkommen und günstigere Arbeitsbedingungen dürfen nicht verschlechtert werden.

§ 13. Dieser Vertrag tritt, soweit er die Nachzahlung von Gehalt betrifft, am 1. April 1920, soweit er die Verkürzung der Arbeitszeit betrifft, nach Beschluß des Kassenvorstandes und Ausschusses, spätestens jedoch am 1. Oktober 1920, soweit er die Neueinteilung des Urlaubs betrifft, am 1. Januar 1921 in Kraft.

Angestellte oder Hilfsarbeiter, die entlassen sind oder sich am 15. August 1920 in gekündigtem Dienstverhältnis befanden, haben keinen Anspruch auf Gehaltsnachzahlung.

Der Vertrag gilt auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von beiden Vertragsteilen unter Einhaltung einer Frist von einem Vierteljahr zum 1. April jeden Jahres gekündigt werden.

Mütter- und Säuglingsfürsorge in Preußen.

Ein an die Oberpräsidenten gerichteter Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 20. 8. 20 („Volkswohlfahrt" S. 249) enthält folgende, auch die Krankenkassen nahe angehende Ausführungen und Anweisungen:

I. Einrichtung von Beratungsstellen.

Bestand und Gedeihen unseres Volkes sind von der Erneuerung der Volkskraft durch einen gesunden und kräftigen Nachwuchs abhängig. Ihm die erforderlichen Entwicklungsmöglichkeiten zu schaffen, ist eine der vornehmsten Aufgaben der Volksgemeinschaft. In der gegenwärtigen Zeit steht jedoch leider die Sorge um die Erfüllung anderer schwerer Aufgaben so sehr im Vordergrunde, daß die Sorgfalt für den Nachwuchs und besonders für die jüngste Altersklasse nicht in dem notwendigen Maße entwickelt wird. Im Gegenteil sind Zustände eingetreten, die befürchten lassen, daß die Kinder breiter Volksschichten nach der Geburt auch die einfachsten Erfordernisse für gesunde Lebensentwicklung entbehren müssen. Wohl trifft der Mangel an Wohnung, Wäsche und Nährstoffen alle Teile der Bevölkerung, aber die vor und nach der Entbindung in ihrer Erwerbsfähigkeit beschränkten Mütter werden mit ihren Säuglingen die ersten Opfer dieser traurigen wirtschaftlichen Verhältnisse.

Zwar ist von der bevorstehenden reichsgesetzlichen Neuregelung unseres Jugendwohlfahrtswesens auch eine Hebung der Säuglingsfürsorge zu erhoffen; auch wird die im Interesse des Mutterschutzes so dringend nötige Hebammenreform, die die Staatsregierung bereits seit Jahren beschäftigt, in absehbarer Zeit zur Durchführung kommen. Inzwischen darf aber nicht länger kostbare Zeit ungenützt verlorengehen, zumal die seit Beendigung des Krieges überall zu beobachtende Geburtenvermehrung den Mangel an den notwendigen Einrichtungen für den Schutz unserer Mütter und Kinder um so fühlbarer in die Erscheinung treten läßt. Auch auf die unehelichen Geburten, die in verschiedenen Teilen des Landes eine starke Steigerung erfahren haben, muß in diesem Zusammenhange hingewiesen werden. Aus vielfachen Mitteilungen geht hervor, daß die vorhandenen Entbindungsanstalten sowie Säuglingsheime und Pflegestellen bei weitem nicht mehr aus-

reichen und dieser Mangel zu argen Mißständen führt.

Es ist nicht zu verkennen, daß wertvolle Grundlagen für den Aufbau bessernder Maßnahmen vorhanden sind. So stellt das Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge (Reichs-Gesetzbl. S. 1069) den Wöchnerinnen ein Mindestmaß wirtschaftlicher Hilfe bereit; diese Hilfe bedarf aber der Ergänzung durch persönliche Fürsorge. In hygienischer Beziehung wird solche Fürsorge durch die seit mehr als einem Jahrzehnt mit bestem Erfolg arbeitenden Säuglingsfürsorgestellen ausgeübt. In sozialer Beziehung hat an zahlreichen Orten die private Fürsorge vorzügliche Vorarbeit geleistet; die Lücken aber, die diese schon vor dem Kriege nicht ausfüllen konnte, sind durch die verschlechterte wirtschaftliche Lage der Vereine und das Anwachsen der Fürsorgebedürftigkeit außerordentlich vergrößert worden. Zu einer restlosen Erfüllung der hier liegenden Aufgaben bedarf es verantwortlicher behördlicher Stellen, deren Leitung eine Gewähr dafür bietet, daß die vorhandenen Mittel und Kräfte systematisch zusammengefaßt und verwertet werden.

Es sind deshalb bereits jetzt vor der gesetzlichen Einführung der Jugendämter möglichst in allen Stadtgemeinden und Landkreisen für verheiratete und nicht verheiratete Schwangere und Wöchnerinnen Beratungsstellen zu schaffen, deren Aufgabe es ist, das ganze Gebiet der diesbezüglichen Fürsorgefragen ins Auge zu fassen und die Mittel zu ihrer Lösung ausfindig zu machen. Zu ihrer Einrichtung wird es größerer Mittel kaum bedürfen, da die Beratungsstellen zur Vermeidung einer Zersplitterung tunlichst an schon bestehende Fürsorgeorganisationen anzugliedern sind. Sie erteilen Rat und Auskunft an die Hilfsbedürftigen und bilden die Vermittlungsstelle zwischen ihnen und den zur Abstellung der Not geschaffenen Einrichtungen. Sie haben vor allem dafür zu sorgen, daß die Wöchnerinnen rechtzeitig in den Genuß der Bezüge kommen, die ihnen auf Grund des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge sowie auf Grund der Armengesetzgebung zukommen. Ein wesentlicher Schade ist bisher oft dadurch entstanden, daß aus Unkenntnis über die gesetzlichen Bestimmungen auf seiten der Berechtigten wie auf seiten der Fürsorgeübenden die Hilfsmöglichkeiten nicht oder nicht rechtzeitig ausgenützt wurden. Des weiteren hat die Beratungsstelle die Pflicht, sich ständig darüber zu unterrichten, ob die zur Verfügung stehenden Fürsorgeeinrichtungen für den Bedarf ausreichen. Wo das nicht der Fall ist, haben sie sich mit den für die Abhilfemaßnahmen in Frage kommenden behördlichen und privaten Stellen in Verbindung zu setzen und so die Wege für die zureichende Ergänzung zu ebnen.

Die Beratungsstelle wird ihren Aufgaben nur dann gerecht werden können, wenn sie sich mit einem Beirat versieht, der Einzelpersonen sowie Angehörige von Organisationen, die auf dem Gebiet der Schwangeren-, Mütter- und Säuglingsfürsorge tätig sind, in sich zu planvoller Zusammenarbeit vereint. Wo die Beratungsstelle als Teil eines Wohlfahrtsamtes oder eines Jugendamtes arbeitet, fügt sich der Beirat als Unterausschuß in den Rahmen des Amtsbeirates ein. Außer der Beteiligung von Ärzten, von in der Säuglingspflege tätigen Hebammen, von Vertretern von Arbeitsämtern, Vertretern einschlägiger privater Wohlfahrtsorganisationen empfiehlt sich die Zuziehung von Frauen, die auf sozialem Gebiet Erfahrung besitzen. Die Gewähr dafür, daß alle diese zur Mitwirkung berufenen Kräfte sich zu fruchtbarer Zusammenarbeit vereinen, gibt in hohem Maße gerade eine mit behördlichem Charakter ausgestattete Beratungsstelle. Es muß den einzelnen Orten überlassen bleiben, bei der verwaltungsmäßigen Einordnung der Beratungsstelle zu wählen zwischen der Angliederung an das Jugendamt, an die Rechtsauskunftsstelle, an die Berufsvormundschaft, an das Kreiswohlfahrtsamt oder die Kreisfürsorge; nur wird zu beachten sein, daß die neue Stelle im Hinblick auf die Wichtigkeit ihrer Aufgabe möglichst behördlichen Charakter erhält. Für die Angliederung als unter keinen Umständen geeignet müssen die Armenämter bezeichnet werden. Einmal besteht die Gefahr, daß sie nicht immer eine schädliche Engherzigkeit zu vermeiden wissen würden, zum anderen würden weite Kreise, deren Erfassung dringend erforderlich ist, der Beratungsstelle dadurch fernbleiben. Ist eine behördliche Stelle nicht vorhanden, der die Beratungsstelle angegliedert werden kann, und ist die Einrichtung der Beratungsstelle als selbständige behördliche Organisation nicht tunlich, so wäre als Ausweg die Übertragung der Pflicht der Beratung der werdenden Mütter und der Wöchnerinnen auf einen privaten Verein notwendig, jedoch nicht ohne daß die Stadt- oder Kreisbehörde durch Mitglieder im Vorstande des betreffenden Vereins vertreten wäre. Es muß hierbei darauf hingewiesen werden, daß es sich empfiehlt, diesen Maßnahmen den behördlichen Charakter von vornherein zu geben, um dem kommenden Reichsjugendwohlfahrtsgesetz vorzuarbeiten und seine spätere Durchführung zu erleichtern. Die sofortige Einrichtung der Beratungsstellen unter dem zwingenden Druck der Verhältnisse ist somit geeignet, einen glücklichen Übergang für die späteren, auf Grund gesetzlicher Bestimmungen zu treffenden Maßnahmen zu bilden. Diese Erwägung wird die verantwortlichen Kreise bei ihrer Entschließung in bezug auf Berücksichtigung der in diesem Erlaß gegebenen Anregungen zu leiten haben.

II. Unterbringung von Säuglingen.

Die Beratung der Mütter an den dafür geschaffenen Stellen wird aber nur einen Teil des Bedürfnisses decken; sie bedarf der Ergänzung durch nachgehende Fürsorge. Zunächst gilt es, die Gesamtzahl der Beteiligten zu erfassen, weil erfahrungsgemäß viele unverheiratete Mütter sich scheuen, schon während der Schwangerschaft ihre Lage zu offenbaren. Anschließend an die Feststellung hat die Aufsuchung und Beratung der Mütter und erforderlichenfalls die Betreuung der Kinder einzusetzen. Die Erfüllung dieser Aufgaben erfordert engste Zusammenarbeit der Beratungsstelle mit den Entbindungsanstalten und Krankenhäusern, den Hebammen, den Standesämtern, den Berufsvormundschaften, den Krankenkassen sowie den Ortsarmenverbänden.

In die Entbindungsanstalten sowie die zur Entbindung dienenden Krankenhäuser werden Fürsorgerinnen zu entsenden sein, die sich rechtzeitig über die zu erwartenden Entbindungen unterrichten und mit den Schwangeren wegen der künftigen Unterbringung der Säuglinge Fühlung nehmen. In einzelnen Städten sind zur Beratung der Krankenhausinsassen besondere Einrichtungen dieser Art unter dem Namen „Soziale Krankenhausfürsorge" geschaffen worden. Solche Einrichtungen werden nach Möglichkeit zu fördern, gegebenenfalls zu schaffen sein. Im Wege der Vereinbarung mit den Verwaltungen der Entbindungsanstalten und Krankenhäuser wird Vorsorge dafür zu treffen sein, daß

den Fürsorgerinnen jederzeit unbehinderter Zutritt gewährt und daß vor der Entlassung jeder Wöchnerin der Ort der künftigen Unterbringung des Kindes festgestellt wird. Auch ist mit Nachdruck darauf hinzuwirken, daß keine Wöchnerin zu früh, d. h. früher als 10 Tage nach der Entbindung, entlassen wird. Alsdann ist dafür zu sorgen, daß die Mutter eine ihren Kräften entsprechende Tätigkeit findet. Zur Vermittlung einer solchen wird die Beratungsstelle mit den Arbeitsnachweisen in Verbindung zu treten haben.

Über die außerhalb der Anstalten stattfindenden Entbindungen werden in erster Linie die Hebammen Auskunft erteilen können. Besonderes Augenmerk ist auf die Entbindungen zu richten, welche an fremder, häufig als diskret bezeichneter Stelle erfolgen. Von solchen Stellen gehen oft erschreckende Mißstände aus, deren Aufdeckung durch die von den Müttern erstrebte Geheimhaltung der Entbindung bedeutend erschwert wird. Es empfiehlt sich deshalb, den in dieser Richtung ergehenden Zeitungsanzeigen, besonders auch solchen über Verschenkung oder Adoption von Kindern, eingehende Beachtung zu widmen und nachzugehen. Bei dieser Gelegenheit werden die Hebammen auf § 10 der Dienstanweisung vom 14. September 1912 hinzuweisen sein, nach welchem sie zur Vornahme von Entbindungen in ihrer Wohnung nur nach vorheriger Anzeige beim Kreisarzt befugt sind, zur Errichtung einer eigenen Entbindungsanstalt aber der Genehmigung des Bezirksausschusses bedürfen. Die Beratungsstellen werden auch enge Fühlung mit den Standesämtern zu halten haben, um sich rechtzeitig von allen ihnen nicht vorher bekannt gewordenen unehelichen Geburten Kenntnis zu verschaffen. Wo Berufsvormundschaften vorhanden sind, darf von diesen erwartet werden, daß sie alle Maßnahmen treffen, die im Interesse der Mündel und ihrer Mütter erforderlich sind. Zu ihren Aufgaben gehört es, insbesondere die rechtzeitige Heranziehung der Erzeuger zu den Unterhaltungskosten zu veranlassen und auf eine geeignete Unterbringung der Säuglinge hinzuwirken.....

Die Auswahl der Pflegestellen liegt nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechtes der Mutter ob; diese ist aber hierbei von den Beratungsstellen in Verbindung mit den Berufsvormündern weitestgehend zu unterstützen. Bei der Unterbringung ist vor allem zu erstreben, daß, soweit irgend möglich, Mutter und Kind zusammenbleiben. Immer wieder werden die Mütter auf die großen gesundheitlichen Vorzüge des Selbststillens hinzuweisen sein. Auch ist zu erhoffen, daß die Aussicht auf die Stillprämie hierbei mitwirken wird. Aber auch ohne daß eine Stillung stattfindet, oder über deren Dauer hinaus, werden Pflegestellen zu bevorzugen sein, die zur gemeinsamen Aufnahme von Mutter und Kind geeignet erscheinen. Ist die Trennung unvermeidlich, so ist für eine rechtzeitige gute Unterbringung des Säuglings zu sorgen. Diese wird häufig dadurch erschwert, daß die Mutter bei der Entlassung aus der Anstalt mittellos ist. *Es ist deshalb darauf zu wirken, daß die Krankenkassen ihre Verpflichtung zur sofortigen Gewährung der Wochenhilfe oder Wochenfürsorge pünktlich erfüllen.*

Ist trotz der Wochenhilfe oder Wochenfürsorge die Mutter nicht imstande, der Pflegestelle einen ausreichenden Vorschuß für die Unterbringung des Säuglings zu zahlen, und ist der Betrag auch nicht mit Hilfe der freien Liebestätigkeit aufzubringen, so hat die Armenverwaltung einzugreifen. Es ist ihr deshalb in den entsprechenden Fällen rechtzeitig, möglichst schon vor der Entbindung, Nachricht zu geben. Hierbei ist folgendes zu beachten: Die außerordentliche Schwierigkeit in der Beschaffung geeigneter Pflegestellen hat ihren Grund neben der derzeitigen Wohnungsnot in dem Umstande, daß viele Armenverwaltungen sich auf Zahlung von Pflegegeldern beschränken, die den heutigen Verhältnissen in keiner Weise mehr entsprechen. Bei manchen kleinen Gemeinden werden sogar noch heute die Pflegekinder an den Mindestfordernden versteigert. Diesen Mißständen ist mit aller Entschiedenheit entgegenzutreten. Die Armenverwaltungen sind im Verwaltungswege anzuhalten, gemäß § 1 des preußischen Ausführungsgesetzes zum Gesetz über den Unterstützungswohnsitz Unterstützungen zu gewähren, welche eine allen hygienischen Anforderungen genügende Unterbringung des Säuglings ermöglichen. Auch ist die Beobachtung gemacht worden, daß manche kleineren Armenverbände sich schwer entschließen, Unterstützungen an nicht ortsangehörige Personen zu zahlen, oder ihnen gar den Aufenthalt versagen. Die Ortsarmenverbände werden deshalb auf die Beachtung des § 28 des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz hinzuweisen und erforderlichenfalls über die Schritte zu belehren sein, die sie zur etwaigen Rückerstattung ihrer Auslagen zu ergreifen haben.

Es ist zu erhoffen, daß trotz der gegenwärtigen Wohnungsnot bei einer einigermaßen ausreichenden Vergütung für die notwendigen Kosten sich Pflegefrauen in größerer Zahl bereit finden werden, Kinder aufzunehmen, da erfahrungsgemäß sich viele Frauen hierbei mehr von der Liebe zu Kindern als von Gewinnsucht leiten lassen und nur vor Verlusten geschützt sein wollen. Zu ihrer Ermittlung bedarf es der Errichtung oder des Ausbaues der bisher nur in ungenügender Weise vorhandenen Pflegestellennachweise. Solche Nachweise werden in tunlichst enge Arbeitsgemeinschaft mit den Beratungsstellen sowie mit denjenigen Stellen zu bringen sein, denen die Beaufsichtigung des Haltekinderwesens obliegt. In den Großstädten werden hierfür die polizeilichen Aufsichtsdamen (Erlaß der Herren Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 11. Februar 1905) sowie die Jugendämter in Betracht kommen, auf dem Lande wird es vornehmlich Sache der Kreisfürsorge sein, geeignete Pflegestellen ausfindig zu machen und die Überwachung des Haltekinderwesens auszuführen....

Befreiung von der eigenen Beitragsleistung auf Grund des § 5 des Gesetzes über die weitere Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung vom 31. Mai 1920.

(Merkblatt.)

I. *Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte* hat in seiner Sitzung vom 20. Oktober 1920 für die Behandlung von Anträgen auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung auf Grund des § 5 des Gesetzes über weitere Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung vom 31. Mai 1920 *folgende Richtlinien aufgestellt:*

1. Bei Vorliegen eines geeigneten Lebensversicherungsvertrages kann befreit werden:

a) wer aus irgendeinem Grunde bisher noch nicht versicherungspflichtig gewesen ist, aber in der Zeit vom 1. Mai bis zum 1. September 1920

mit einem Jahresarbeitsverdienst von über 5000 M versicherungspflichtig geworden ist,

b) wer zu irgendeiner Zeit versicherungspflichtig gewesen, aber aus irgendeinem Grunde ausgeschieden und dann erst wieder in der Zeit vom 1. Mai bis zum 1. September 1920 versicherungspflichtig geworden ist, und zwar
   aa) falls er nach der Verordnung vom 28. August 1918 versicherungspflichtig gewesen ist mit einem Jahresarbeitsverdienst von über 7000 M,
   bb) sonst mit einem Jahresarbeitsverdienst von über 5000 M,

oder mit anderen Worten ausgedrückt:

Es kann befreit werden ein Angestellter, der drei Voraussetzungen erfüllt, nämlich

a) der in der Zeit vom 1. Mai bis zum 1. September 1920 versicherungspflichtig geworden ist,
b) der unmittelbar vor dem 1. Mai 1920 versicherungsfrei gewesen ist und
c) der ohne das Ausdehnungsgesetz vom 31. Mai 1920 auch versicherungsfrei geblieben wäre.

2. Bezüglich der Wahrung der Frist für den Befreiungsantrag sollen keine Bedenken erhoben werden, wenn der Antrag bis zum 31. Dezember 1920 einschließlich eingeht.

Jedoch sind Anträge, die nach dem 1. September 1920 gestellt werden, unter genauer Angabe der Personalien des Angestellten beim Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 193/195, unmittelbar einzureichen. Soweit die erforderlichen Unterlagen noch nicht beigefügt werden können, sind sie baldtunlichst nachzubringen.

II. Die Befreiung wirkt ohne Rücksicht auf den etwaigen, früheren oder späteren Abschluß des erforderlichen Lebensversicherungsvertrages ab 1. Mai 1920; bis zur Entscheidung über den Befreiungsantrag sind Vollbeiträge zu entrichten, von denen nach erfolgter Befreiung die für die Zeit vom 1. Mai 1920 ab gezahlten Angestelltenbeitragshälften erstattet werden.

III. Mit Rücksicht auf die außerordentlich große Anzahl der der Reichsversicherungsanstalt vorliegenden Befreiungsanträge muß ihre Bearbeitung genau in der Reihenfolge des Einganges erfolgen. Da sich oftmals noch Ermittlungen als notwendig erweisen, kann die endgültige Erledigung in manchen Fällen einige Zeit beanspruchen.

Den Antragstellern wird eine Bestätigung des Einganges ihres Antrages, sowie der etwa beigefügten Unterlagen erteilt. Erinnerungen und Beschwerden tragen nicht zur Beschleunigung des Geschäftsganges bei, können vielmehr eine Verzögerung in der Sache selbst sowie in der Bearbeitung der übrigen Anträge bewirken.

Die Bearbeitung der bereits als verspätet (siehe oben I, 2) abgelehnten Anträge wird von Amts wegen wieder aufgenommen.

Die Frage der Verlegung des Dienstgebäudes der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte

hat den Verwaltungsrat der Angestelltenversicherung am 11. 9. 20 beschäftigt. Aus dem Sitzungsberichte teilen wir auszugsweise folgendes mit:

Ein ehrenamtliches Mitglied des Direktoriums berichtet über eine Unterredung, die es im Arbeitsministerium gehabt habe. Hierbei sei von dem zuständigen Referenten in Aussicht gestellt worden, daß die Reichsversicherungsanstalt aus den Mitteln der produktiven Erwerbslosenfürsorge erhebliche Zuschüsse erhalte, wenn mit dem Bau sofort begonnen werde. Schon aus diesem Umstand empfehle er dringend den Bau in Berlin zu beschließen, da nur hier ein sofortiger Baubeginn möglich sei.

Ein Arbeitgebervertreter bemerkte: Die hier zur Erörterung stehende Frage sei eine der wichtigsten, die je einen Verwaltungsrat beschäftigt hätte. Seiner Ansicht nach müsse als oberster Grundsatz bei der Behandlung dieser wichtigen Frage gelten: Verlegung nur dann, wenn sie wirtschaftliche Vorteile in reichem Maße bringe. Der seinerzeit gefaßte Beschluß zur Verlegung werde sich bei erneuter eingehender Prüfung aller Für und Wider nicht aufrechterhalten lassen. Seine Überzeugung sei es, daß für die Verlegung nur Gründe von Bedeutung zweiten Ranges angeführt werden können; wichtige Momente zum Besten der Versicherten ließen sich nicht nachweisen. Als Vorteile der Verlegung führe man an: 1. Stärkung des Reichsgedankens, 2. Erhaltung der Selbständigkeit der Reichsversicherungsanstalt, 3. Hebung der Lebenshaltung der Beamtenschaft. — Durch die Verlegung werde diese jedoch nicht erzielt. Die Gesundung der Beamtenschaft müsse ebenso wie die Gesundung des ganzen Volkes anderswoher kommen. Es sei möglich, daß die wirtschaftlichen Lebensbedingungen augenblicklich in Berlin etwas schlechter seien als anderswo. Niemand könne jedoch für die Zukunft Bestimmtes voraussagen und Versprechungen machen. Wenn man in Dresden wirklich zur Zeit etwas billiger leben könne, würde durch diese kleine Besserstellung die Beamtenschaft innerlich nicht zufriedener werden. Wenn als weiterer Vorteil der Verlegung die Verbilligung des Betriebsaufwandes angeführt werde, so könne hierfür kein Beweis erbracht werden. Bei allen von den Anhängern der Verlegung angeführten Gründen stehe im Vordergrund das Interesse der Beamtenschaft. Ausschlaggebende wirtschaftliche Vorteile für die Versicherten und die Anstalt selbst — und das sei doch das Wichtigste — ließen sich aber nicht anführen. Dazu seien alle ins Feld geführten Vorteile nur Wahrscheinlichkeitsvorteile. Das Bauen in Berlin stelle sich jedenfalls nicht teurer als anderswo, vielleicht sogar noch billiger; die Kosten des Umzugs in das neue Dienstgebäude seien in Berlin erheblich geringer; der Umzug könne so gestaltet werden, daß er eine Einwirkung auf die Arbeit und die Dienstgeschäfte nicht verursache. Dieses Moment könne nicht hoch genug angeschlagen werden. Bei einem Umzug in ein Dienstgebäude in Berlin könne jeder Beamte sein Gut gewissermaßen überwachen; bei einem Wandern nach außerhalb sei dies unmöglich. Hinzu komme noch der Umzug des eigenen Haushalts der Beamten; man müsse diesen Gelegenheit geben, auch ihre Wohnung einzurichten, was einen weiteren Zeit- und Arbeitsverlust nach sich ziehe. Ferner besitze die Anstalt bereits in Berlin einen Bauplatz. Man werde es draußen nicht verstehen, wenn bekannt werde, daß trotzdem anderswo gebaut wird. Die Verlegung sei also zum mindesten ein gefährliches Experiment, für das er die Verantwortung ablehnen müsse.

Alsdann führte ein Mitglied des Direktoriums folgendes aus: Es handele sich um eine Entschließung von größter Bedeutung und Verantwortung. Das Geschick der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hänge davon ab; dieses spiele sich aber nicht in Monaten und nicht in Jahren,

sondern in Jahrzehnten ab, man dürfe sich deshalb nicht ausschließlich von den nächstliegenden Sorgen und Tagesfragen leiten lassen, sondern man müsse von großen Gesichtspunkten diese Lebensfrage zu lösen suchen. Die Verlegung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte sei eine bedeutsame soziale Tat, ein vorbildliches, gemeinnütziges Werk. Diese Tat müsse alsbald ins Werk gesetzt werden, da nur jetzt, vor der Errichtung des Dienstgebäudes, die greifbare Möglichkeit gegeben sei, aus der bedrückenden Enge der Vielmillionenstadt hinauszuziehen. Die Verlegung sei eine soziale Tat von allgemeiner Bedeutung; sie helfe mit am Wiederaufbau unseres Wirtschaftslebens, sie diene der werteschaffenden Erwerbslosenfürsorge durch die Ausführung ihres bedeutsamen Bauprogramms; sie wirke ferner im Sinne einer gesunden Bodenreform durch Ansiedlung von Familien in Flachbauten; sie führe zu einer wesentlichen Erleichterung des Wohnungsmarktes durch Erstellung von vielen Hundert neuen Wohnungen; sie diene einer nicht nur politisch, sondern auch volkswirtschaftlich erwünschten und notwendigen Dezentralisation der Reichsbehörden; schließlich würde sie bevölkerungspolitisch von Nutzen sein. Ihre besondere soziale Bedeutung zeige die Verlegung namentlich in ihrer Wirkung auf die Beamtenschaft der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und ihre Familien; diese tauschten die unzweifelhaften Nachteile des Lebens in einer Vielmillionenstadt (ohne seine Vorteile aufgeben zu müssen) ein gegen die Vorzüge des Lebens in einer mittleren gesunden Großstadt; ein großer Teil der Beamten werde aus Mietskasernenwohnungen in Flachbau-Eigenheime mit Garten umsiedeln; alle Beamten würden sich einer billigeren Gesamtwirtschaftshaltung erfreuen können infolge niedrigeren Aufwands für Wohnungen und auch in Anpassung an die allgemein einfachere Lebensweise für Kleidung, Erholung und Luxusausgaben; auch würden die geringeren Entfernungen zeit- und geldersparend wirken. Sie würden in einer mittelgroßen Stadt eine gehobenere soziale Stellung einnehmen als in einer Vielmillionenstadt. Die Verlegung bringe außer dem sozial-volkswirtschaftlichen Gewinn auch einen wirtschaftlichen Nutzen für die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; diesen wirtschaftlichen Gewinn könne man allerdings jetzt nicht in Zahlen errechnen und greifbar machen, wohl aber in Zukunft rechnerisch nachweisen; die Vorzüge der Verlegung würden sich auswirken in erhöhter Arbeitsfreudigkeit, in vermehrter Arbeitskraft, in gesteigerter Arbeitsausdauer der Beamtenschaft, so daß hieraus eine größere Arbeitsleistung und eine längere Leistungsfähigkeit erwachsen, und sich für die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ein großer wirtschaftlicher Gewinn aus der Ersparnis an Personal ergeben werde. Hierdurch würden in Zukunft die mit der Verlegung verbundenen Aufwendungen mehr als ihren vollen Ausgleich finden. Betrachtet man hiernach die Verlegung als das, was sie ist, eine soziale Tat von großer Gegenwarts- und noch größerer Zukunftsbedeutung, so verlieren auch alle Bedenken, die der Ausführbarkeit anscheinend entgegenstehen, an Bedeutung. Am schwersten werde es vielleicht sein, die erforderliche Gesetzesänderung durchzusetzen, falls die Regierung dem Vorhaben nicht geneigt sein sollte, wofür jedoch zur Zeit kein Anhalt vorliege. Die angebliche, aber noch nicht in richtiger Weise festgestellte Abneigung der Beamtenschaft werde mit Sicherheit überwunden werden können. Die Betriebsstörung infolge des Umzuges werde nach Einführung des Markensystems wesentlich geringer sein und könne bei sorgsam vorbereitetem und wohldurchdachtem Plane ohne Schädigung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ertragen werden; die Umzugskosten würden infolge des durch Einführung des Markensystems geringeren Personalbestandes und Errichtung auswärtiger Revisorenstellen in erträglicher Höhe bleiben; die Vermögensverwaltung werde sich auch außerhalb Berlins zweckmäßig führen lassen; die Selbstverwaltung und Selbständigkeit der Reichsversicherungsanstalt könne unmöglich in sachlich begründeten Zusammenhang mit dem Sitze der Anstalt gebracht werden; das Ansehen der Reichsversicherungsanstalt werde keine Einbuße erleiden; zur Provinzialbehörde werde sie in den Augen der Allgemeinheit ebensowenig herabsinken wie das Reichsgericht in Leipzig oder der Reichsfinanzhof in München; die Kosten der Wohnungsbauten, die aber nicht allein die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zu tragen habe, könnten voraussichtlich aus den Zuwendungen der Erwerbslosengelder erheblich herabgemindert werden.

Ein Arbeitgebervertreter erklärt sich demgegenüber für ein Verbleiben in Berlin aus folgenden Gründen: Die Verlegung nach einer süddeutschen Stadt sei die einzige Möglichkeit, der Beamtenschaft die Lebenshaltung zu erleichtern; eine Verlegung nach Dresden, die in erster Linie in Frage käme, biete dieser nicht viel mehr als hier. Der Gesundheitszustand Dresdens sei zudem schlechter als der Berlins. Die Arbeitsunlust der Beamtenschaft sei zum großen Teil zurückzuführen auf die schlechten Unterbringungsverhältnisse in den Büros. Nach Schaffung eines neuen Dienstgebäudes werde auch hierin eine Besserung eintreten. Auch in Berlin sei eine Ansiedlungsmöglichkeit gegeben, vielleicht noch besser als anderwärts. Es gebe auch Beamte, die sich gar nicht ansiedeln wollen; bei Verlegung würden sie hierzu gezwungen. Für die Erlangung des Zuschusses der produktiven Erwerbslosenfürsorge sei Vorbedingung sofortiger Baubeginn; diese Vorbedingung sei nur in Berlin gegeben. Bei einer Verlegung nach Dresden dürfe man in Anbetracht der dortigen politischen Verhältnisse keine Besserung der radikalen Elemente unter der Beamtenschaft erwarten.

Ein Angestelltenvertreter erklärte: Es sei keine soziale Tat, daß man in der gegenwärtigen Not des Wirtschaftslebens eine Völkerwanderung verursachen wolle; eine soziale Tat sei es im Gegenteil, wenn man helfe, die Wohnungsnot so schnell wie möglich zu beseitigen und der Arbeitslosigkeit durch sofortiges Bauen zu steuern. Für die Behauptung, eine Verlegung bringe Personalersparnis und erhöhte Arbeitsleistung, sieht er den Beweis nicht erbracht. Bei einer Verlegung müsse man den Beamten Gelegenheit geben, vor dem Umzug ihre Wohnungen zu besichtigen. Die hierdurch entstehenden Kosten seien bisher noch gar nicht in Rechnung gestellt worden. Eines der wichtigsten Momente für ein Verbleiben in Berlin sei das bekannte Beheizungsprojekt; einerseits liege darin ein großer volkswirtschaftlicher Wert infolge der Kohlenersparnis, anderseits eine große Verbilligung des Gebäudes; die Kapitalisierung der Heizungsersparnis ergebe eine Verbilligung um etwa 12½ Millionen Mark.

Ein anderer Angestelltenvertreter wünschte darüber Aufklärung, ob in Berlin bestimmt mit der Abwärme gerechnet werden könne und für wie lange, ferner, ob auch anderswo eine solche Möglichkeit gegeben sei.

Auf Wunsch äußerte sich der Baureferent der Reichsversicherungsanstalt über die Beheizungsfrage. Er bestätigte, daß bei der Schmargendorfer Gasanstalt die erforderlichen Wärmemengen vorhanden seien, um das Projekt auszuführen; auch habe die Gasanstalt erklärt, der Reichsversicherungsanstalt diese Mengen zur Verfügung zu stellen; sie habe ferner erklärt, die Kosten hierfür seien recht mäßig, jedenfalls überstiegen sie nicht die Amortisationskosten der Anlage.

Schließlich stimmten für die Verlegung 8, für ein Verbleiben in Berlin 15 Verwaltungsratsmitglieder. Es wurde ferner ein besonderer Bauausschuß aus Mitgliedern des Direktoriums und Verwaltungsrats gebildet.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Zeitliche Geltung des § 197 RVO. bei der Familienwochenhilfe.

1. **Nach Neusalz (Oder).** Antwort: Die Auffassung der Betriebskrankenkasse ist richtig, die der Ortskrankenkasse irrig. Die Familienwochenhilfe nach §§ 205a ff. RVO. und die im Abs. 4 dieses Paragraphen verordnete entsprechende Anwendbarkeit des § 197 RVO. beruht auf dem mit dem 1. 10. 19 in Kraft getretenen Wochenhilfegesetz vom 26. 9. 19, also auf einem neuen, die RVO. ergänzenden und abändernden Gesetze. Neue Rechtsnormen aber ergreifen diejenigen Tatbestände und Verhältnisse, „welche während ihrer Geltung sich verwirklichen"; ein Tatbestand, der aus mehreren, zeitlich aufeinanderfolgenden einzelnen Tatsachen sich zusammensetzt, gehört dem Rechte der Zeit an, „in welcher der Tatbestand sich vollendet" (Motive zum BGB. I S. 21). Der Tatbestand, der den Anspruch auf Familienwochenhilfe erzeugt, ist (regelmäßig) die Niederkunft. Mit ihrem Eintritt vollenden sich die Voraussetzungen für den Anspruch. Es genügt daher, daß die Niederkunft in die Zeit der Geltung des Wochenhilfegesetzes fällt, und es ist ohne Belang, daß z. B. die nach § 205a Abs. 1 Ziff. 3 RVO. erforderlichen Monate im Jahre vor der Niederkunft ganz oder zum Teil in die Zeit vor dem 1. 10. 19 fallen. Genau entsprechend verhält es sich mit dem Anspruch der leistungspflichtigen Kasse gegen andere Kassen auf anteilige Erstattung der Wochenhilfeleistungen nach § 197 RVO. Er entsteht mit der Leistung. Fällt sie in die Zeit vom 1. 10. 19 ab, so ist damit der den Rechtsgrund des Erstattungsanspruchs bildende Tatbestand vollendet, dieser Anspruch also im vollen, durch § 197 bestimmten Umfange begründet, auch wenn die Zugehörigkeit des Versicherten zur erstattungspflichtigen Kasse zum Teil in die Zeit vor dem 1. 10. 19 fällt. Die Meinung der erstattungspflichtigen Ortskrankenkasse, daß für die Bemessung ihrer Erstattungspflicht nur die Zugehörigkeit des Versicherten vom 1. 10. 1919 ab in Betracht komme, ist daher unbegründet.

Wochenhilfe setzt Bestehen der Versicherung zur Zeit der Niederkunft voraus.

2. **Nach Essen.** Antwort: Nach § 27 des Wochenhilfegesetzes vom 22. 5. 20 ist das Gesetz in seiner Fassung vom 26. 9. 19 mit dem 1. 10. 19 in Kraft getreten mit der Maßgabe, daß Wöchnerinnen, die vor dem 1. 10. 19 entbunden sind, Wochen- und Stillgeld von diesem Tage ab erhalten, jedoch abzüglich der Zeit zwischen der Niederkunft und dem 1. 10. 19. Selbstverständlich aber müssen im übrigen alle Voraussetzungen eines Anspruchs auf Wochenhilfe gegeben sein; nur von der Voraussetzung, daß das Gesetz bei der Niederkunft bereits in Kraft gewesen sein müsse, macht jene Vorschrift des § 27 eine (übrigens eingeschränkte) Ausnahme. Eine andere Voraussetzung aber für jeden Anspruch auf Wochenhilfe ist die, daß beim Inkrafttreten des Gesetzes noch die Versicherung, die den Rechtsgrund des Anspruchs bildet, bestanden haben muß. Hiervon macht das Gesetz keine Annahme. War also im vorliegenden Falle der Ehemann der Wöchnerin am 1. 10. 19 nicht mehr Mitglied der Kasse, so besteht kein Anspruch auf Wochenhilfe aus § 205a RVO.

Weigerung des Versicherten, sich einer Untersuchung durch den Arzt der Kasse zu unterziehen.

3. **Nach Breslau.** Anwort: Die Begründung der Entscheidung, „daß das Versicherungsamt nach der bestehenden Rechtsanschauung leider genötigt sei, das von der Gehilfin vorgelegte Zeugnis als ausreichendes Beweismaterial gelten zu lassen", ist recht verfehlt. Denn das Versicherungsamt hat nach der herrschenden Rechtsprechung vielmehr die Pflicht, den Sachverhalt von Amts wegen, soweit erforderlich und möglich, zu klären, und es steht ihm das Recht freier pflichtmäßiger Würdigung der erhobenen Beweise zu. Das Amt war daher nur dann genötigt, das von der Gehilfin beigebrachte ärztliche Zeugnis über ihre Krankheit und Arbeitsunfähigkeit gelten zu lassen, wenn das Zeugnis nach seinem Inhalt überzeugend war und auch sonst Anlaß zu einem Zweifel nicht vorlag. Der Umstand aber, daß die Versicherte der Aufforderung der Kasse, sich bei einem ihr bezeichneten Arzte zur Untersuchung einzufinden, nicht gefolgt war, konnte einen solchen Zweifel sehr wohl begründen. Es ist freilich nicht richtig, wenn die Kasse aus der Weigerung der Versicherten schlechthin einen Anspruchsverlust herleitet, wie dies bei unbegründeter Ablehnung der Krankenhauspflege gilt. Denn im letzteren Falle folgt der Anspruchsverlust nur daraus, daß unter den Voraussetzungen des § 184 RVO. der Kasse das Wahlrecht zusteht, Krankenhauspflege statt der Leistungen aus § 182 zu gewähren, der Versicherte also einen Anspruch aus § 182 nicht hat, wenn die Kasse sich für die Leistung aus § 184 entschieden hat. Das läßt sich auf die vorliegende Frage nicht

übertragen. Aber es ist eine selbstverständliche Pflicht des Versicherten, bei der Aufklärung des Sachverhalts seine hierzu erforderliche Mitwirkung nicht zu versagen, also sich der von der Kasse angeordneten Untersuchung nicht zu entziehen. Andernfalls muß er sich gefallen lassen, daß die Kasse und weiterhin die zur Entscheidung berufenen Behörden, den nach den Umständen des Falles zulässigen ungünstigen Schluß aus seinem Verhalten ziehen. Dies durfte das Versicherungsamt nicht unbeachtet lassen.

Arztkosten neben dem Entbindungskostenbeitrage.

4. **Nach Oerlinghausen.** Frage: Eine Versicherte ist am 30. 9. 20 von einem Kinde entbunden worden. Bei der vorhergehenden Entbindung hat der Arzt — wegen Verblutung — dieser Wöchnerin geraten, bei den folgenden Entbindungen zuvor einen Arzt zuzuziehen, da möglicherweise bei jeder Entbindung eine Verblutung eintreten könne. Das Mitglied hat diesen Rat befolgt und sofort bei Beginn der Entbindung einen Arzt hinzugezogen, und es ist dann auch wirklich, nach Aussage der Wöchnerin, gleich nach Ausstoßung der Frucht eine Verblutung eingetreten. Wer hat diese Kosten für die ärztliche Hilfeleistung zu tragen? Da unsere Kasse keine Sachleistungen, sondern Barleistungen nach § 195a Abs. 1 Ziff. 1 und 3 RVO. gewährt?

Antwort: Der Erfolg hat gezeigt, daß die Zuziehung des Arztes nicht nur eine sachgemäße Maßnahme der Vorsicht, sondern durch den zu erwartenden und tatsächlich eingetretenen regelwidrigen Verlauf der Entbindung geboten war. Dieser Verlauf stellt eine Krankheit im Sinne des § 182 RVO. und die ärztliche Behandlung in diesem Falle einen Akt der Krankenpflege dar, auf die die Wöchnerin, unabhängig von den Leistungen der Wochenhilfe, nach § 182 Ziff. 1 einen selbständigen Anspruch hat. Deshalb sind die Arztkosten in diesem Fall neben dem Entbindungskostenbeitrag von 50 ℳ zu bezahlen.

Anspruch auf Ersatz für „vollständigen Unterhalt" in einer Heilanstalt (§§ 1531, 1533, 1506 RVO.).

5. **Nach Hagen.** Antwort: Nach Ihren Angaben nehmen wir an, daß die dem geistesgestörten Versicherten von der Krankenkasse gewährte Behandlung in einem Krankenhause nach den Umständen des Falles nicht genügte und daß deshalb die Überführung in eine geeignete Anstalt im Wege der Armenpflege veranlaßt worden ist. Dann hat der Armenverband gegen die Kasse Ersatzanspruch nach §§ 1531, 1533, 1506, 1507 RVO. Es ist aber ein Irrtum, wenn angenommen wird, daß dem Versicherten in dieser Heilanstalt „vollständiger Unterhalt" im Sinne des § 1506 Abs. 2 Satz 2 gewährt worden und deshalb der Ersatzanspruch in Höhe des vollen Betrages des Krankengeldes begründet sei. Der Kranke hat dort allerdings Unterkommen, Verpflegung und Pflege erhalten und auch Kleidung für 37 ℳ empfangen; aber doch nur für verhältnismäßig kurze Zeit, vom 3. 6. bis 7. 8. 20. Der Begriff der Gewährung vollständigen Unterhalts im Sinne des § 1506 erfordert aber, daß der in der Anstalt Untergebrachte dauernd oder doch für lange Zeit vollständig aus seinen bisherigen Lebensverhältnissen und seiner Erwerbsstellung herausgerissen ist. Dem ist durch die kurzzeitige Unterbringung im vorliegenden Falle nicht genügt (zu vgl. Entsch. des RVA. 1750 Amtl. Nachr. 1913 S. 673, auch ArbVers. 1915 S. 821). Der Armenverband darf daher wegen seines Ersatzanspruchs nur das halbe Krankengeld für die Dauer des Anstaltsaufenthalts für sich in Anspruch nehmen; die andere Hälfte verbleibt dem Versicherten. Übrigens ist es auch ein Irrtum, daß, wenn wirklich der § 1506 Abs. 2 zuträfe, das volle Krankengeld als Ersatz gefordert werden könnte; das Gesetz spricht ausdrücklich von Ersatz „bis" zum vollen Betrage. Keinesfalls darf also im Falle des § 1506 Abs. 2 mehr als der wirkliche Aufwand gefordert werden, der im vorliegenden Falle hinter dem Betrage des Krankengeldes erheblich zurückbleibt.

Beitritt zum Tarifabkommen braucht nicht schriftlich erklärt zu werden.

6. **Nach Breslau.** Frage: Das Tarifabkommen vom 18. 7. 20 (ArbVers. S. 454) ist von uns angenommen worden. Den ärztlichen Kreisvereinen haben wir hiervon mit dem Bemerken Mitteilung gemacht, daß die Abschließung von Verträgen in die Wege geleitet worden sei. Der Abschluß der Verträge hat sich jedoch ohne unsere Schuld verzögert, weil auf Verlangen der Ärzte ein allgemeiner Mantelvertrag für ganz Niederschlesien geschlossen werden soll. Ein dem Kreisverein Sch. angehörender Arzt hat ein Mitglied unserer Kasse, das sich als solches ausgewiesen hat, in der Zeit vom 2. 4. bis 20. 6. nur als Privatpatienten behandelt. Er weigert sich, die Sätze des Abkommens vom 21. 6. 20 in Rechnung zu stellen und unsere Mitglieder für das ihm gebotene „Lumpengeld" zu behandeln, sowie auf unsere Anfragen überhaupt zu antworten, solange kein Vertrag mit ihm bestehe. Wir bitten um Auskunft, ob das Verhalten des Arztes nicht gegen das Abkommen vom 18. 7. 20 verstößt?

Antwort: Wenn sowohl die Kasse als auch der Arzt (unmittelbar oder vertreten durch seine örtliche Organisation) dem abgeänderten Tarifabkommen beigetreten sind, so ist hierdurch ein gültiger Dienstvertrag auf der Grundlage der vereinbarten Änderungen des früheren Abkommens zustande gekommen; die schriftliche Vollziehung ist nicht Bedingung der Gültigkeit des Vertrages (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1a zu § 368 RVO.). Wenn aber der Arzt durchaus darauf besteht, daß die Abänderung des älteren Vertrages vor ihrer schriftlichen Unterfertigung nicht gelten soll, dann kann dem Manne geholfen werden. Dann möge die Kasse ihm die Sätze des früheren Abkommens anbieten, das doch durch seinen rechtswidrigen Vertragsbruch nicht hinfällig geworden ist, sondern für das ganze Jahr 1920 gelten müßte, wenn wirklich eine rechtswirksame Änderung nicht vorläge. Wir verweisen im übrigen auf Heft 19 S. 377 Ziff. 1 und 2.

Feststellung des Wertes der Sachleistungen im Falle des § 420 Abs. 1 Ziff. 2 RVO.

7. **Nach L.** Antwort: Nach § 420 Abs. 1 RVO. (§ 59 Abs. 1 der Satzung) werden auf Antrag des Arbeitgebers die Kassenbeiträge ermäßigt, wenn „erweislich" mindestens die drei näher bestimmten Voraussetzungen vorliegen. Die Kasse unterstreicht in dem Berichte das Wort „erweislich" und lehnt im weiteren den Antrag auf Ermäßigung der Kassenbeiträge deshalb ab, weil die Voraussetzungen dafür bisher von dem Arbeitgeber nicht erwiesen worden seien. Dieser Standpunkt ist nicht begründet. Das

Wort „erweislich" bedeutet nur, daß die Voraussetzungen erwiesen werden müssen, wobei der Antragsteller insoweit mitzuwirken hat, als die Erweislichkeit von ihm abhängt. Er wird daher insbesondere, wenn ein schriftlicher Arbeitsvertrag geschlossen ist, die Urkunde, mindestens auf Erfordern, vorzulegen haben. Darüber hinaus aber trifft ihn eine eigentliche Beweislast nicht. Denn das Verfahren auf dem Gebiete der RVO. wird durchweg von dem Grundsatz beherrscht, daß von Amts wegen das Sachverhältnis zu klären und der erforderliche Beweis zu erheben ist. (Zu vgl. Entsch. d. RVA. in ArbVers. 1914 S. 191.) Das gilt für das Verfahren der Versicherungsträger nicht minder als für das Verfahren der Versicherungsbehörden. Insbesondere hat hiernach die Kasse auch das Erforderliche zu veranlassen, um den nach § 59 Abs. 1 der Satzung in Betracht kommenden Wert der Sachleistungen zu ermitteln. Dabei kommt es aber nicht, wie die Kasse annimmt, auf die vom Arbeitgeber zum Zweck der Beitragsberechnung angegebenen tariflichen Sätze an; denn wenn die Satzung, entsprechend dem Gesetze (§ 420 RVO.), von dem „Werte" der Sachleistungen spricht, so ist dabei nicht an den von einem der Beteiligten „angegebenen" und auch nicht an den von beiden Beteiligten (Arbeitgeber und Arbeitnehmer) vereinbarten, sondern an den nach einem objektiven Maßstabe zu ermittelnden Wert zu denken. Als solcher kann andererseits nicht, wie die Arbeitgeber meinen, der von ihnen nach den jeweiligen Marktpreisen bemessene Wert gelten. Vielmehr schreibt das Gesetz im § 160 Abs. 2 RVO. ausdrücklich vor, daß der Wert der Sachbezüge nach Ortspreisen berechnet wird, die das Versicherungsamt festsetzt. Es erscheint nicht zweifelhaft, daß diese Norm, nach ihrer systematischen Stellung im ersten Buche der RVO., von allgemeiner Bedeutung und in allen Fällen maßgebend ist, in denen das Gesetz von Sachbezügen als Entgelt oder als Teilen des Entgelts spricht. Die Norm gilt daher auch bei Anwendung des § 420 RVO. (§ 59 der Satzung). Wenn hiernach das Versicherungsamt den Wert der hier in Frage stehenden Sachleistungen für den dortigen Bezirk nicht allgemein festgesetzt hat, so hat es den Wert nach Bedarf für den Einzelfall besonders festzusetzen. (Bescheid des RVA. Nr. 1991, Amtl. Nachr. 1903 S. 357, auch ArbVers. 1916 S. 274), und es ist Sache der Kasse im Hinblick auf ihre Aufklärungspflicht, diese Festsetzung durch ein Ersuchen an das Versicherungsamt herbeizuführen. Auf Grund der Festsetzung der Sachwerte durch das Versicherungsamt wird die Kasse erneut zu den Anträgen der einzelnen Arbeitgeber auf Ermäßigung der Beiträge Stellung zu nehmen und Bescheid zu erteilen haben. Im Falle der Ablehnung des Antrages steht dem einzelnen Arbeitgeber auf Grund des § 405 Abs. 2 RVO. das Recht zu, auf Entscheidung des Streites durch den Beschlußausschuß des Versicherungsamtes anzutragen.

Anrechnung der Krankenversicherung bei der Kasse eines vom Deutschen Reich abgetrennten Gebietes?

8. **Nach Hermülheim.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse war vom 18. 9. 07 bis 17. 5. 20 bei dem Stahlwerk in Rombach (Lothringen) beschäftigt und wurde am 29. 5. 20 Mitglied unserer Kasse. Die Ehefrau des Mitgliedes ist am 4. 8. 20 entbunden worden. Wir gewährten die Wochenhilfe als Familienhilfe. Durch eine in französischer Sprache abgefaßte Mitgliedsbescheinigung wird die Zugehörigkeit zur Betriebskrankenkasse obengenannten Werkes nachgewiesen. Wir sind im Zweifel darüber, ob die bei einer Lothringer Kasse zurückgelegten Mitgliedszeiten im Sinne des § 205a Abs. 1 Ziff. 3 RVO. anrechnungsfähig sind. War die Familienhilfe aus Rechts- oder Billigkeitsgründen zu gewähren?

Antwort: Selbstverständlich ist im § 205a Abs. 1 Ziff. 3 RVO. die Versicherung bei einer deutschen Krankenkasse („auf Grund der Reichsversicherung") vorausgesetzt, und eine solche ist die lothringische Betriebskrankenkasse, trotz ihrer auf der RVO. beruhenden Organisation, seit der Abtrennung Lothringens vom Reich nicht mehr. Diese Abtrennung ist rechtlich mit der Ratifikation des Friedensvertrages, also am 10. 1. 20, eingetreten. Im Jahre vor der Niederkunft, d. i. in der Zeit vom 4. 8. 19 bis 3. 8. 20, hat also der Ehemann der Wöchnerin nur vom 4. 8. 19 bis 9. 1. 20, also nur 5 Monate und 6 Tage, einer deutschen Kasse angehört, so daß die Voraussetzungen eines Anspruchs aus § 205a nicht erfüllt sind. „Aus Billigkeitsgründen" läßt sich die Gewährung nicht rechtfertigen.

Arbeitstag im Sinne des § 182 Ziff. 2 RVO.

9. **Nach Jena.** Antwort: Wenn in einem Betriebe durch Anordnung des Unternehmers die Arbeitszeit in der Art auf 33 Stunden wöchentlich beschränkt ist, daß außer am Sonntag auch am Sonnabend nicht gearbeitet wird, so scheidet der Sonnabend als Arbeitstag im Sinne des § 182 Ziff. 2 RVO. aus, so daß für diesen Tag Krankengeld nicht zu zahlen ist, wie dies in der von Ihnen angeführten Entsch. des bayer. Landesversicherungsamts v. 23. 9. 16 („Ortskrk." Sp. 859; Entsch. u. Mitt. des RVA. Bd. 8 S. 68) eingehend begründet ist. Daß dort die Beschränkung der Arbeit auf 5 Tage in der Woche auf behördlicher Anordnung beruhte, während sie im vorliegenden Falle von der Firma selbst veranlaßt ist, kann einen Unterschied in der Beurteilung nicht begründen. Das Entscheidende ist, daß an einem bestimmten Tage von den sechs Werktagen der Woche nach der allgemeinen Ordnung des Betriebes die Versicherten weder zu arbeiten noch sich zur Verfügung des Arbeitgebers zu halten haben (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 7b zu § 182 RVO.).

Übergang von Ansprüchen aus dem Tumultgesetz v. 12. 5. 20 (RGBl. S. 941) auf die Krankenkasse.

10. **Nach L.** Antwort: Das Gesetz über die durch innere Unruhen verursachten Schäden, v. 12. 5. 20 (RGBl. S. 941) enthält keine Vorschrift, die der Anwendung des § 1542 RVO. auf Schadenersatzansprüche der Versicherten aus dem bezeichneten Gesetz entgegenstände. Insbesondere kommt in dieser Richtung nicht etwa § 12 des Gesetzes in Betracht, wonach ein dem Beschädigten wegen desselben Schadens zustehender anderer gesetzlicher Anspruch auf das Reich und die übrigen an der Aufbringung der Mittel beteiligten Körperschaften übergeht; denn dies gilt nach Satz 2 a. a. O. nicht für öffentlich-rechtliche Versorgungsansprüche aller Art, also auch für die Ansprüche aus der Reichsversicherung. Hiernach wird der Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse durch jenes Gesetz in keiner Weise berührt, aber ebensowenig berührt wird die Vorschrift des § 1542 RVO., wonach der Anspruch auf Ersatz eines Schadens, der dem Versicherten

„nach anderen gesetzlichen Vorschriften" zusteht, in Höhe der Leistungspflicht der Krankenkasse auf diese übergeht. Ein solcher auf die Kasse übergehender Schadenersatzanspruch ist auch der Anspruch aus dem bezeichneten Gesetze gegen das Reich, nicht minder als bisher der entsprechende Anspruch auf Grund von Landesgesetzen gegen die Gemeinde.

Versicherungspflicht der Hilfsschreiber bei preußischen Amtsgerichten.

11. **Nach L.** Antwort: Tatsächlich werden bei den preußischen Gerichten, auch bei den Amtsgerichten, die Hilfsschreiber der Regel nach keineswegs nur mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt. Daraus hat das Oberschiedsgericht, in Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalles, die Versicherungspflicht eines solchen Hilfsschreibers als eines „Büroangestellten" nach § 1 Abs. 1 Ziff. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte hergeleitet (ArbVers. 1916 S. 424). Die RVO. aber erwähnt weder im § 165 noch im § 1226 RVO. die Büroangestellten besonders. Für die Kranken- und Invalidenversicherungspflicht kommt lediglich in Frage, ob der Hilfsschreiber, dessen regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst jetzt 15 000 *M* übersteigt, als „Angestellter in gehobener Stellung" anzusehen und deshalb nach § 165 Abs. 2 (§ 1226 Abs. 2) RVO. versicherungsfrei ist, und diese Frage darf keinesfalls schon deshalb bejaht werden, weil der Schreiber auch mit Arbeiten beschäftigt wird, die nicht zu den niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen gehören; sondern es kommt darauf an, ob seine Stellung, insbesondere anderen Angestellten gegenüber, eine gehobene, der Stellung eines Betriebsbeamten oder Werkmeisters ähnliche ist, was sich meist in der Aufgabe, andere anzuleiten oder zu beaufsichtigen oder anzuweisen, ausdrücken würde. Eine sichere Beurteilung wird immer nur im Einzelfalle unter Würdigung der besonderen Verhältnisse möglich sein; aber der Regel nach wird, soweit wir die Verhältnisse bei preußischen Amtsgerichten kennen, dem Hilfsschreiber eine gehobene Stellung im bezeichneten Sinne abzusprechen und daher Versicherungspflicht ohne Rücksicht auf die Höhe des Arbeitsverdienstes anzunehmen sein.

Die Auswahl des Facharztes ist Sache der Krankenkasse.

12. **Nach Weener (Ems).** Antwort: Die Krankenkasse hat dem Versicherten ärztliche Behandlung zu gewähren (§ 182 Ziff. 1 RVO.). Sie also ist es, die einen Arzt mit der Behandlung zu betrauen hat. Dies geschieht der Regel nach durch Bestellung von Kassenärzten mittels schriftlichen Vertrages (§ 368 RVO.), ausnahmsweise durch besonderen Auftrag, namentlich dann, wenn Behandlung durch einen Facharzt erforderlich, ein solcher aber für die Kasse nicht bestellt ist. Auch in diesen Ausnahmefällen ist es an sich Sache der Kasse, den Facharzt (aus der Zahl derjenigen, die für das betreffende Fach überhaupt in Frage kommen) auszuwählen und zu beauftragen. Der Kassenarzt kann nicht ohne weiteres als ermächtigt gelten, diese Auswahl an Stelle der Kasse vorzunehmen. Tut er es dennoch, so kann die Kasse dadurch keinesfalls zur Bezahlung höherer Arztkosten verpflichtet werden, als ihr entstanden wären, wenn sie selbst einen geeigneten Facharzt beauftragt hätte. Die Kasse kann daher insbesondere die Bezahlung der Mehrkosten ablehnen, die durch Inanspruchnahme eines auswärtigen Arztes entstanden sind, während ein geeigneter Arzt am Wohnorte des Versicherten oder in der Nähe zu Rate gezogen werden konnte.

Zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit bei freiwilligen Weiterversicherern.

13. **Nach Königsberg (Pr.).** Antwort: Die freiwillige Weiterversicherung bildet eine Fortsetzung der bisherigen Pflichtversicherung. Daher bleibt die Versicherung grundsätzlich so bestehen, wie sie bisher bestanden hat. Das gilt z. B. für die Frage, welche Tage Arbeitstage sind (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 zu § 313, und RVA. in ArbVers. 1916 S. 612 und 1919 S. 194). Deshalb ist ein Weiterversicherter dann als arbeitsunfähig anzusehen, wenn er es wäre, falls er noch pflichtversichert wäre. Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung liegt nur dann vor, wenn der Versicherte infolge der Krankheit nicht imstande ist, diejenige Tätigkeit auszuüben, auf Grund deren die Versicherung besteht (vgl. Hahn, Anm. 6a zu § 182). Bei freiwillig weiterversicherten Hausfrauen kommt es also darauf an, ob sie die Arbeit ausführen können, durch die früher ihre Pflichtversicherung begründet war. Wird die Frage verneint, so sind sie arbeitsunfähig, mögen sie auch imstande sein, Hausarbeiten, namentlich leichterer Art, zu verrichten. In der Regel ist es Sache der Kasse, sich Gewißheit über die Arbeitsunfähigkeit zu verschaffen. Erscheint ihr das ärztliche Zeugnis nicht überzeugend, so hat sie weitere Feststellungen zu treffen (vgl. Hahn, a. a. O. Anm. 6g zu § 182). Eine andere Beurteilung als die oben erwähnte würde sich rechtfertigen, wenn die freiwillig weiterversicherte Frau zu einer anderen Erwerbstätigkeit übergegangen wäre (ArbVers. 1919 S. 320 Ziff. 21).

Zugehörigkeit zur Land- oder Ortskrankenkasse.

14. **Nach Eckernförde.** Antwort: Der Betrieb einer „Höfebank", die Vermessungsarbeiten ausführt, ist kein landwirtschaftlicher, sondern ein selbständiger gewerblicher Betrieb (zu vgl. § 36 GewOrdg.). Die Arbeiter und Angestellten der Bank gehören daher nicht zur Land-, sondern zur Ortskrankenkasse. Die von einem Gutsvorsteher nur in seinem Büro beschäftigten Personen sind gleichfalls nicht im landwirtschaftlichen Betriebe tätig und daher bei der Ortskrankenkasse versichert (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 455 Ziff. 3).

Fortdauer der Mitgliedschaft gemäß § 311 RVO. trotz Fortfalles der Versicherungspflicht.

15. **Nach Geestemünde.** Antwort: Nach § 311 RVO. bleiben Arbeitsunfähige Mitglieder, solange sie Anspruch auf Kassenleistungen haben. Das gilt auch dann, wenn die Voraussetzungen, auf denen die Mitgliedschaft beruhte, fortfallen, zum Beispiel, weil inzwischen die Gehaltsgrenze überschritten ist. Denn für die Ansprüche aus einem Versicherungsfall sind grundsätzlich die Voraussetzungen maßgebend, wie sie bei seinem Beginne bestanden haben.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1302 der ganzen Folge.

37. Jahrgang | 21. Dezember 1920 | Heft 36

Der erste ordentliche Verbandstag deutscher Landesversicherungsanstalten.

Vom Geh. Oberregierungsrat Düttmann in Oldenburg.

Der Verband deutscher Landesversicherungsanstalten, dem seit der im August vorigen Jahres in Cassel erfolgten Gründung, abgesehen von Berlin, alle Versicherungsanstalten angeschlossen sind, hatte seine Mitglieder und die ihm nahestehenden Sonderanstalten zum ersten Male im April d. J. zu einer außerordentlichen Tagung in Hannover*) und jetzt zum 13. und 14. Oktober zum ersten ordentlichen Verbandstage nach Lübeck zusammenberufen. Zu beiden unter dem Vorsitz von Geh. Reg.-Rat Dr. Schröder-Cassel tagenden Versammlungen waren außer beamteten Vorstandsmitgliedern auch Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten in großer Zahl erschienen. Von den Begrüßungsansprachen sei die des Präsidenten Dr. Kaufmann, welcher der Invalidenversicherung die Aufgabe stellte, in erster Linie an dem Wiederaufbau der deutschen Volkskraft mitzuarbeiten, ausdrücklich erwähnt.

Wie schon in Hannover die Forderung, daß der Finanznot bei den Trägern der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung durch ein Notgesetz abgeholfen werde, den Hauptgegenstand der Beratungen gebildet hatte, so auch in Lübeck, wo außerdem das Gesetz vom 20. Mai d. J., das neben der Erhöhung der Rentenzulage auf 30 und 15 *M* monatlich und der Einführung der 10-*M*-Zulage zu den Waisenrenten endlich die erste Beitragserhöhung brachte, im Mittelpunkt der Erörterungen stand.

An der Hand des von mir in Lübeck erstatteten Berichts sei zu den alle Beteiligten angehenden wichtigen Fragen folgendes ausgeführt:

Das genannte Gesetz hat nicht nur verhängnisvoll auf die Finanzen der Versicherungsanstalten gewirkt, sondern auch einen zweckmäßigen Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung außerordentlich erschwert. Trotz der Erhöhung der Beiträge auf nahezu das Dreifache, fließen den Versicherungsanstalten seit August d. J. Bareinnahmen aus dem Markenverkauf nicht mehr zu, weil die Post noch höhere Vorschüsse für die von ihr zu bewirkenden Rentenzahlungen zu fordern hat. Die Anstalten bleiben mit den Einzahlungen auf diese Vorschüsse im Rückstande, weil ihre Einnahmen an Zinsen auch nicht annähernd zur Deckung der in letzter Zeit gewaltig gestiegenen Aufwendungen für Verwaltung, Heilverfahren und die übrigen freiwilligen Leistungen ausreichen. So bleibt den Anstalten nur die Wahl zwischen dem mit großen Verlusten verbundenen Verkauf von Wertpapieren und der Aufnahme von Schulden, die aus dem Grunde nicht unbedenklich ist, weil die

*) Zu vgl. den Bericht Heft 14 S. 262.

aus der Zeichnung von Kriegsanleihe verbliebenen Schulden — vor wenigen Monaten bei 24 Versicherungsanstalten noch reichlich 384 Millionen ℳ — ohnehin bereits eine im Fall des Eintritts von Krisen bedenkliche Belastung der Anstalten darstellen. Unter solchen Umständen wurde den Anstalten der Rat erteilt, nicht freiwillig Barzahlungen auf den Postvorschuß zu leisten, sondern es auf die Pfändung ankommen zu lassen.

Mit Rücksicht auf diese ungünstige Lage der Anstalten hat der Ständige Ausschuß beim Reichsfinanzministerium den Antrag gestellt, daß den Versicherungsanstalten gestattet werde, bis zu einer ausreichenden Erhöhung der Beiträge durch ein Notgesetz die Rentenzulagen nicht in bar, sondern in Kriegsanleihen erstatten zu dürfen, wie das den Berufsgenossenschaften durch die Verordnung vom 5. Mai d. J. zugestanden ist und ihnen selbst bezüglich der früheren Rentenzulagen. Für den Fall, daß das Reichsfinanzministerium diesem Antrage nicht entspricht, soll eine entsprechende Eingabe an den Reichstag gemacht werden, von dem erwartet werden darf, daß er der Notlage der Versicherungsanstalten ebenso Rechnung trägt, wie es gewiß auch die Nationalversammlung bereits im Gesetz vom 20. Mai d. J. getan haben würde, wenn sie nicht davon ausgegangen wäre, daß den Anstalten in den erhöhten Beiträgen die Mittel zur Zahlung der Rentenzulagen reichlich zur Verfügung stehen würden.

Daß letzteres nicht der Fall ist, rührt einmal daher, daß die Rentenleistungen gegenüber dem Regierungsentwurf wesentlich erhöht sind, nicht aber die im Entwurf vorgesehenen Beiträge. Diese Unterlassung hätte aber nicht so verhängnisvoll werden können, wenn nicht bereits die Beitragssätze des Regierungsentwurfs viel zu niedrig bemessen gewesen wären. Nach einer von namhaften Versicherungstechnikern vorgenommenen Nachprüfung der Beitragsberechnung beruht diese auf wesentlichen Irrtümern, nach deren Berechtigung sich die Beiträge in den unteren Lohnklassen von 100, 110, 120 und 140 Pf. auf rund 160, 180, 190 und 220 Pf., also um mehr als die Hälfte erhöhen. So ist es also erklärlich, daß infolge der doppelten Fehlgriffe die Beitragseinnahme gegenwärtig nicht einmal ausreicht, die Renten zu decken. Gleichwohl werden von neuem die Rufe nach einer Erhöhung der Renten laut, die den gegenwärtigen Lebensbedürfnissen gewiß nicht entsprechen, aber auch nicht entsprechen können, weil man es versäumt hat, in der Reichsversicherungsordnung durch die Einrichtung höherer Lohnklassen mit den gestiegenen Löhnen entsprechenden Beitragssätzen die Ansammlung ausreichender Mittel zu sichern, und auch jetzt diesen Weg noch nicht einschlägt. Die Versicherungsanstalten müssen die gegenwärtige Mindestrente von rund 480 ℳ bereits zahlen, wenn sie 35 bis 40 ℳ Beiträge erhalten haben. Und auch das Gesetz vom 20. Mai d. J. fordert hierfür nur die Zahlung von 120 ℳ an Beiträgen. Dagegen setzt das Angestelltenversicherungsgesetz die Zahlung von mindestens rund 2000 ℳ voraus, wenn eine Rente in dieser Höhe gezahlt werden soll. Diese Gegenüberstellung läßt erkennen, welche große Belastung die wiederholt erhöhten Rentenzulagen für die Invalidenversicherung bedeutet. Die neuen Lasten nehmen nicht allein das zur Deckung der Ansprüche der Versicherten angesammelte Vermögen von nominell 2½ Milliarden in Anspruch, sondern belasten die Versicherungsanstalt darüber hinaus mit einer Milliardenschuld. Sie stehen also gegenwärtig weit ärmer da als bei ihrer Errichtung vor 30 Jahren. Damals hatte das Reich rund ein Drittel der Belastung übernommen zum Ausgleich der aus den Übergangsbestimmungen sich ergebenden Belastung. Jetzt hat es den Anstalten weit größere Lasten aufgebürdet, ohne sich an deren Tragung irgendwie zu beteiligen, ein jede Billigkeit außer acht lassendes Vorgehen.

Eine besonders starke Zumutung ist es, daß die versicherten Arbeiter jetzt die Kosten

der Rentenzulagen auch für die Angestellten unter den Rentenempfängern tragen sollen und für diejenigen Angestellten, welche die Invalidenversicherung gegenwärtig freiwillig fortsetzen oder erneuern und demnächst in den Rentengenuß gelangen. Denn die Beiträge, welche diese Angestellten zur Versicherung gezahlt haben und noch zahlen, decken nicht mehr als die eigentliche Rente. Das ist ein Grund mehr für die Forderung, daß die Angestelltenversicherung mit der allgemeinen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vereinigt werde, damit die Angestellten zur Deckung des durch die Gewährung der Rentenzulagen entstandenen Fehlbetrags mit herangezogen werden. Diese Forderung wurde in einer von den Versichertenvertretern eingebrachten Entschließung mit größtem Nachdruck erhoben. Bei der so außerordentlich unsicheren wirtschaftlichen Lage kann sich Deutschland den Luxus einer Doppelorganisation mit wesentlich denselben Aufgaben nicht mehr leisten, und man darf nicht mehr wie bisher sagen, daß man die Zahlung der höheren Kosten den Angestellten und deren Arbeitgebern überlassen möge, wenn dies ihren Wünschen entspreche. Es muß jetzt mit kleinsten Mitteln Größtes erreicht werden und eine Begünstigung der Angestellten auf Kosten der Arbeiter verbietet sich jetzt mehr als früher.

Nach kurzer Erwähnung der sonstigen großen Mängel des Gesetzes vom 20. Mai d. J. wurde die Forderung begründet, daß ein ohne Verzug zu erlassendes Notgesetz eine ausreichende Erhöhung der Beiträge bringe und damit den Zusammenbruch der Invalidenversicherung verhüte, anderseits aber auch den Versicherungsanstalten die Mittel zur Fortführung des Heilverfahrens oder der übrigen dem Gemeinwohl dienenden Bestrebungen in einem den gestiegenen Bedürfnissen entsprechenden Umfange ermögliche.

Es wurde sodann einstimmig die nachstehende Entschließung angenommen:

Trotz der im Gesetz vom 20. Mai d. Js. gebrachten Beitragserhöhung befinden sich die Versicherungsanstalten in einer bitteren finanziellen Notlage. Sie können auch mit den gesteigerten Einnahmen gegenwärtig die laufenden Ausgaben nicht decken.

Der Verbandstag stellt deshalb im Interesse der von ihm vertretenen Versicherungsanstalten und ihrer Versicherten das Verlangen, daß durch ein Notgesetz zu nächstmöglichem Zeitpunkt eine solche weitere Erhöhung der Beiträge erfolgt, daß

1. die den Versicherungsanstalten auferlegten Lasten ihre volle Deckung finden, und
2. ihnen die Mittel verbleiben, deren sie insbesondere für die weitere erfolgreiche Durchführung des Heilverfahrens bedürfen.

Dabei muß auf die Beibehaltung einer ausreichenden Sonderlast, die Erhaltung des von den einzelnen Anstalten angesammelten Sondervermögens und die Beibehaltung der Haftpflicht des Garantieverbandes ausschlaggebendes Gewicht gelegt werden.

Von den anwesenden Versichertenvertretern wurde eine Erklärung abgegeben, welche eine Erhöhung der gänzlich unzulänglichen Renten auf Kosten des Reiches fordert, da die Versicherungsanstalten nicht in der Lage seien, diese neuen Lasten zu tragen.

Von den Geh. Reg.-Räten Dr. Althoff-Münster und Dietl-Weimar wurde über die Einschränkung der Aufwendungen für Nebenleistungen an Versicherte während des Heilverfahrens, von Vizepräsident Appelius-Düsseldorf und Geh. Reg.-Rat Bielefeldt-Lübeck über ein Abkommen über die Durchführung des Heilverfahrens bei Geschlechtskrankheiten, das auf die Vermeidung jeglichen Zeitverlustes abzielt, von Landesrat Kraß-Münster über ein Abkommen mit dem Reichsarbeitsministerium über die Heilfürsorge für heeresentlassene kriegsbeschädigte Mannschaften, von Geh. Reg.-Rat Bielefeldt über die Berücksichtigung der Vorrechte der Militäranwärter bei der Besetzung der Beamtenstellen von seiten der Betriebsräte und Schlichtungsausschüsse, die sich zum Teil über geltende gesetzliche Bestimmungen glauben hinwegsetzen zu können, von Präsident Neumann-Darmstadt über die Bemessung der Gebühren für die Einziehung der Beiträge durch Krankenkassen, die nach der inzwischen erfolgten Beitragserhöhung auf höchstens 3 vH. bemessen, Betriebskrankenkassen aber überhaupt nicht gewährt werden sollen, Geh. Ob. Reg.-Rat Dittmann über die Erleichterung der Voraussetzungen für die Vernichtung von Akten und Quittungskarten, Landesrat Dr. Mewes-Düsseldorf über das neue

Heimstättenrecht und das Interesse der Versicherungsanstalten an der Verhütung einer gewinnsüchtigen Verwertung beliehener Arbeiterwohnhäuser berichtet. Die vorgelegten Entschließungen wurden, vereinzelt mit Änderungen ohne grundlegende Bedeutung, von der Versammlung angenommen.

Diese beschäftigte sich dann noch mit einer Reihe von geschäftlichen Angelegenheiten, von denen die Verstärkung des bisher aus sechs beamteten Vorstandsmitgliedern bestehenden Ständigen Ausschusses durch Zuwahl je eines Vertreters der Arbeitgeber und der Versicherten und die Forderung, daß den Versicherungsanstalten entsprechend ihrer Bedeutung im Wirtschaftsleben eine Vertretung im Reichswirtschaftsrat zugestanden werde, hier hervorgehoben seien.

Zur Neugestaltung der Allgemeinen Ortskrankenkassen in Groß Berlin.

a)

Bei Abfassung der Denkschrift im Heft 32 S. 633 dürfte der Wunsch Vater des Gedankens gewesen sein. Jeder einsichtige Kassenpraktiker wird dem Verfasser darin zustimmen, daß mit der Schaffung der Einheitsgemeinde Groß-Berlin eine Änderung der bisherigen Kassenbezirke einhergehen muß. Die bisherigen Kassenbezirke der Allgemeinen Ortskrankenkassen decken sich heute fast alle mit den Grenzen der früheren politischen Gemeinden. Es wird sich deshalb auch in Zukunft nicht umgehen lassen, die Kassenbezirke in gleicher Weise mit den neugeschaffenen Verwaltungsbezirken zusammenfallen zu lassen, da jede andere Abgrenzung auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen würde. Ich verweise nur auf die hiesigen Verhältnisse zwischen Schöneberg und Friedenau, wo von den Häusern Fregestr. 26 bis 27b zu Friedenau ein Teil zu Schöneberg und der andere zu Steglitz gehört.

Die Bildung von Bezirkskrankenkassen, d. h. von Allgemeinen Ortskrankenkassen, die sich mit den Verwaltungsstadtbezirken der politischen Gemeinden decken, würde m. E. die einfachste praktische Lösung sein. Durch diese Regelung würde zugleich die Zuständigkeitsfrage in der hausgewerblichen Krankenversicherung in einfacher Weise gelöst werden können. An Stelle der bisherigen, auf den Beschlüssen der einzelnen Gemeinden beruhenden Ortsstatute könnte zukünftig der Beschluß der Bezirksversammlung die Versicherung der Hausgewerbetreibenden für ihren Bezirk einführen, oder die Stadtgemeinde Berlin könnte diese Einführung für alle Bezirke beschließen mit der Maßgabe, daß jeder Hausgewerbetreibende bei der Bezirkskrankenkasse zu versichern ist, in welcher er seine Betriebsstätte oder Wohnung hat. Eine klarere, einfachere Lösung wird sich kaum finden lassen. Die Versicherung der Hausgewerbetreibenden nur bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin erscheint wenig zweckmäßig, weil dann wieder in den entfernter liegenden Außenbezirken besondere Zweigstellen für die Krankenabfertigung der Hausgewerbetreibenden eingerichtet werden müßten.

Die in der früheren Stadtgemeinde Berlin bestehenden 11 und die in Spandau bestehende 1 Ortskrankenkasse für besondere Berufszweige könnten durch die Schaffung der Stadtgemeinde Berlin unberührt bleiben und sich nach wie vor auf den früheren Bezirk beschränken. Soweit der Kassenbezirk sich mit dem neu geschaffenen Verwaltungsbezirk nicht deckt, müßte er auf den gesamten Verwaltungsbezirk ausgedehnt werden, zu dem der Kassenbezirk jetzt gehört. Auch hier würde damit eine klare Abgrenzung der Zuständigkeit erreicht sein. Für die in den übrigen Stadtbezirken beschäftigten Personen blieben nach wie vor die Bezirkskrankenkassen zuständig.

Wie der Verfasser der Denkschrift angibt, befinden sich in Groß-Berlin gegenwärtig 22 Allgemeine und 12 besondere Ortskrankenkassen, ferner 3 Land-, 123 Betriebs- und 53 Innungskrankenkassen. Diese Zahlen beweisen, daß die Ursache der Zersplitterung im Kassenwesen nicht in der relativ geringen Zahl der Allgemeinen Ortskrankenkassen zu suchen, sondern auf die große Zahl der Betriebs- und Innungskrankenkassen zurückzuführen ist. Anstatt als Vorbedingung für die Vereinheitlichung des Groß-Berliner Kassenwesens sich für die Verschmelzung bzw. Vereinigung dieser 178 Innungs- und Betriebskrankenkassen einzusetzen, beginnt der Verfasser bei der verhältnismäßig kleinen Zahl der Allgemeinen Ortskrankenkassen und zäumt damit das Roß am Schwanzende auf. Wenn wirklich den Vorschlägen des Verfassers vollinhaltlich Rechnung getragen würde, so wäre dadurch erreicht, daß sich die Zahl der Allgemeinen Ortskrankenkassen in Groß-Berlin von insgesamt 22 auf 5 verringerten; im Verhältnis zu der Gesamtzahl von 213 Krankenkassen ein Ergebnis gleich Null. Unrichtig ist ferner die Angabe des Verfassers, daß sich unter diesen 22 Ortskrankenkassen eine „ganze Anzahl" kleinerer Gebilde von 1200—6500 Mitgliedern befinden. Soweit ich feststellen konnte, hat nur die Allgemeine Ortskrankenkasse Wannsee als kleinste Kasse etwa 1200, die Ortskrankenkasse Britz etwa 3500, die Ortskrankenkassen Friedenau, Lichterfelde und Schmargendorf etwa 7000 bis 10 000 Mitglieder. Mit Rücksicht darauf, daß die Durchschnittsmitgliederzahl der sämtlichen Ortskrankenkassen im Reiche nach dem letzten Jahrbuch der Krankenversicherung etwa 3500 betrug, sind diese ganz beachtenswerte Mitgliederzahlen. Bei seinen weiteren Ausführungen verwechselt der Verfasser sodann Größe der Kasse mit der Leistungsfähigkeit der Kasse, ein Irrtum, der sich wie ein roter Faden von Anfang bis zu Ende durch seine Ausführungen zieht. Ich bestreite, und damit werden mir wohl fast alle Kassenpraktiker recht geben, daß sich bisher größere Kassengebilde von etwa 80 000 bis 140 000 Mit-

gliedern relativ als leistungsfähiger erwiesen haben als solche von 15 000 Mitgliedern. Bei gleichen Beiträgen haben die kleineren Kassen ihren Mitgliedern die gleichen Leistungen gewährt, und in der Einrichtung von Genesungsheimen, Badeanstalten, Zahnkliniken sind sie genau so großzügig gewesen wie die größeren Kassen, auch wie die Allgemeine Ortskrankenkasse Niederbarnim. Ich glaube sogar, daß die Zahl dieser Einrichtungen, an der Mitgliederzahl gemessen, bei den kleineren Kassen größer ist als vergleichsweise bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Niederbarnim. Ebenso verhält es sich mit der Rücklage, wenn man diese zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit heranziehen will. Die Behauptung, daß erst bei einer Kasse von etwa 80 000 Mitgliedern die Grenze der Leistungsfähigkeit anhebt, ist unhaltbar. Es würde das bedeuten, daß fast sämtliche Krankenkassen Deutschlands unter der Grenze der Leistungsfähigkeit bleiben, weil nur ein geringer Bruchteil eine größere Mitgliederzahl als 15 000 aufweist, eine Ansicht, die der Verfasser im Ernst wohl selbst nicht vertreten wird.

Anderseits sprechen eine ganze Anzahl Gründe gegen die Schaffung derartiger Riesenkassengebilde, da sie neben der Schwerfälligkeit des Apparates eine Einschränkung des Selbstverwaltungsrechts mit sich bringen und den Ausschluß weitester, zur Mitarbeit befähigter Kreise bedingen. Wenn auch die Zahl der Vertreter auf die Höchstzahl bemessen wird, so liegt doch erfahrungsgemäß bei der großen Zahl der Mitglieder die Gefahr nahe, daß zu Vertretern der Versicherten nur Personen gewählt werden, die berufsmäßig gewerkschaftlichen bzw. den Kreisen der Parteifunktionäre entnommen sind und längst nicht mehr als Versicherte im eigentlichen Sinne gelten können. Ihrer früheren Tätigkeit mehr oder weniger fremd geworden, kennen sie die Sorgen und Verhältnisse ihrer früheren Berufsgenossen nur vom Hörensagen, und bei alledem geht die Fühlung mit den eigentlichen Versicherten vollständig verloren. Es rückt dadurch die Gefahr einer Bürokratisierung des Krankenkassenwesens bedenklich nahe. Dazu kommt die Schwierigkeit der Beschaffung von Verwaltungsgebäuden für den Verwaltungs- und Beamtenapparat so großer Kassengebilde, der bei dem heutigen Wohnungsmangel auf unlösbare Schwierigkeiten stoßen wird. Ein weiterer Nachteil besteht augenblicklich in der Regelung der Beamtenfrage. Soweit die Geschäftsführer der bisherigen Kassen Beamte nach Landesrecht sind, kann diesen bei der Vereinigung der Kassen nur ein Amt vom gleichen Range und Umfang übertragen werden. Nach den anerkannten Rechtsgrundsätzen des Beamtenrechts wäre ein Geschäftsführer einer selbständigen, auch kleineren Kasse nicht verpflichtet, etwa einen Abteilungsvorsteherposten bei einer größeren Kasse zu übernehmen und sich dem dortigen Geschäftsführer unterzuordnen. Durch die Zusammenlegung von Kassen, die sich über mehrere Verwaltungsbezirke erstrecken, würde eine nicht unerhebliche Zahl von Geschäftsleitenden überflüssig, deren Abfindung durch Zahlung von Gehältern bzw. der Ruhegehälter stattfinden müßte. Die Zusammenlegung der Kassen gestaltet sich dadurch nicht so einfach wie 1914, wo es noch keine Krankenkassenbeamte mit gemeindlichen Rechten und Pflichten gab.

Bei der Gründung von Kassen, die sich nur auf die Bezirke erstrecken, würde die Zahl der überflüssigen Geschäftsführer nur ganz gering sein. Anstatt Ersparnisse zu erzielen, wären erhebliche Mehraufwendungen die Folge der Zusammenlegung der Kassen in der vom Verfasser vertretenen Weise. Alle diese Gründe, die gegen die Schaffung so großer Kassengebilde sprechen, lassen sich für die Bildung von Kassen anführen, die sich mit dem Verwaltungsbezirk decken. Es würden dann durchschnittlich überall Kassengebilde von 20 000 bis 80 000 Mitgliedern entstehen. Ihre Zahl würde, da die ersten sechs Innenbezirke der früheren Stadtgemeinde Berlin in der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin zusammengefaßt sind, und die Zahl der Verwaltungsbezirke 20 beträgt, zusammen 15 Allgemeine Ortskrankenkassen betragen. Vorausgesetzt ist, daß auch der Bezirk Reinickendorf, der, wie verlautet, in den Kassen der benachbarten Bezirke aufgehen soll, ebenfalls eine Bezirkskrankenkasse erhält. Die jetzt in den Bezirken vorhandenen Krankenkassen werden aufgelöst und zu einer sich über den ganzen Bezirk erstreckenden Kasse vereinigt bzw. neu gebildet. Dabei fragt es sich, welche Stellung gegenüber den vorhandenen drei Landkrankenkassen eingenommen wird, die der Verfasser einfach mit Stillschweigen übergeht. Meines Wissens ist keine gesetzliche Handhabe gegeben, die Landkrankenkassen aufzuheben, wenn die Beteiligten widersprechen, da die gesetzliche Regel ist, daß neben der Ortskrankenkasse auch eine Landkrankenkasse bestehen soll. Die drei Landkrankenkassen in Berlin haben nur Hausangestellte zu ihren Mitgliedern. Obwohl von ihnen durchweg geringere Beiträge erhoben werden (Wilmersdorf 5½ vH., Friedenau 5 vH.) stehen ihre Leistungen nicht hinter denen der Ortskrankenkassen zurück, sondern gehen zum Teil noch darüber hinaus. Zur Beseitigung der Landkrankenkassen dürfte unter diesen Umständen keine Veranlassung vorliegen; die Beteiligten jedenfalls werden der Auflösung widersprechen, da man es den Hausangestellten als versicherungstechnisch günstigen Risiken nicht zumuten kann, zur Deckung der Krankenkosten für die hochgelöhnten gewerblichen Arbeiter beizutragen. Anderseits sind die Hausangestellten infolge mangelnder gewerkschaftlicher und politischer Schulung nicht in der Lage, ihre Interessen bei den Wahlen genügend zu vertreten, so daß sie ganz in die Hörigkeit der gewerblichen Arbeiter geraten würden. Eine Änderung dieses Zustandes ist trotz aller Aufklärung bei dem dauernden Zufluß der jungen Dienstmädchen vom Lande und der Rückkehr bzw. dem Ausscheiden der älteren Jahrgänge aus dem Dienstbotenstande nicht zu erwarten. Es sind dies jedenfalls beachtenswerte Gründe, die sich aus der Eigenart des Arbeitsverhältnisses der Hausangestellten ergeben und die gegen die Auflösung der Landkrankenkassen sprechen. Allerdings müßte bei dem Fortbestand die Grenze des Kassenbezirks ebenfalls mit der politischen Grenze des Verwaltungsbezirks zusammenfallen, da es ein Unding ist, für einen Teil eines Ortsbezirks, dessen Grenzen sich in einigen Jahren nicht mehr auseinanderhalten lassen, die Landkrankenkassen beizubehalten.

Es steht dagegen nichts im Wege, daß sich die zu gründenden Bezirkskrankenkassen sowie daneben die Landkrankenkassen wie bisher zu einem Verbande zusammenschließen, dem die Regelung gemeinsamer Angelegenheiten, wie Arztfrage, Arzneiversorgung, Errichtung von Genesungsheimen, Regelung der Beamtenbesoldung, obliegt. Dazu bedarf es jedenfalls nicht einer so einschneidenden Umformung der Krankenkassen, wie sie sich der Verfasser denkt. Im übrigen wäre es zu bedauern, daß der gesunde Wettbewerb, der bisher bei der Gewährung von Leistungen, beim Ausbau und Schaffung sozialer Einrichtungen zwischen den einzelnen Kassen zum Segen der Mitglieder besteht, durch die Schaffung

von fünf Riesengebilden so gut wie ausgeschaltet wird. Schließlich ist noch auf die Unbequemlichkeiten hinzuweisen, die durch die weiten Entfernungen innerhalb des Kassengebiets bei der Erreichung der Zentralstelle untrennbar verbunden sind. Wenn der Verfasser in den einzelnen Bezirken Zweigstellen bestehen lassen will, so ist eigentlich kein rechter Grund einzusehen, die Kassen zu solchen Riesengebilden von 80 000 bis 140 000 Mitgliedern zusammenzuschließen. Dann könnte man ebensogut gleich ganz reinen Tisch machen und alle Kassen zu einer einzigen großen Kasse mit gleicher Satzung, gleichen Beiträgen, gleichen Leistungen vereinigen; ein Gedanke, der im ersten Augenblick bestechend ist, jedoch nicht zur Wohlfahrt der Versicherten ausschlagen kann. Die von mir vertretenen zukünftigen Bezirkskrankenkassen würden sehr wohl in der Lage sein, die ihnen obliegenden sozialen Verpflichtungen im vollen Umfange zu erfüllen, da sie bei ihren erheblichen Mitgliederzahlen (20 000 bis 80 000) immerhin über einen mehrere Millionen umfassenden Etat verfügen werden, und ihnen als öffentlich-rechtliche Körperschaften, gedeckt durch die Kommunen, Staat und Reich, zur Ausführung ganz großer Projekte genügende Kredite zur Verfügung stehen. Mit Rücksicht auf die zu erwartende Übertragung der Erwerbslosenversicherung erscheint das Gebiet eines Bezirks als ein reichlich großes Arbeitsgebiet, das gerade noch von einem leitenden Beamten übersehen werden kann und die Arbeitskraft der ehrenamtlichen Kassenorgane bis zur Grenze der Leistungsfähigkeit in Anspruch nehmen wird. Die Verhältnisse in Hamburg, Breslau usw. können für die Zusammenlegung der hiesigen Ortskrankenkassen nicht herangezogen werden, da einmal genügende Erfahrungen über die Zweckmäßigkeit des Zusammenschlusses nicht vorliegen und anderseits es sich dort darum handelte, die Zersplitterung im Kassenwesen durch Zusammenlegung der kleinen Betriebs-, Innungs- und besonderen Krankenkassen zu beseitigen, die der Verfasser als „noli me tangere“ betrachtet und über die er mit dem Hinweis auf die gesetzliche Regelung zur Tagesordnung übergeht.

Zum Schlusse fasse ich meine Ausführungen dahin zusammen:

1. Die gegenwärtige Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin, umfassend die sechs Innenbezirke (das ehemalige Stadtgebiet Berlin), wird durch die Schaffung der Einheitsgemeinde Berlin nicht berührt und bleibt unverändert bestehen.

2. Für jeden Bezirk wird eine einzige allgemeine Ortskrankenkasse gebildet, deren Grenzen sich mit dem Verwaltungsbezirk decken.

3. Die jetzt bestehenden Landkrankenkassen werden auf den Gesamtumfang des Bezirks ausgedehnt.

4. Die bisherigen Ortskrankenkassen für die besonderen Gewerbe bleiben bestehen. Soweit sich ihr gegenwärtiger Kassenbezirk nicht mit den neu geschaffenen Stadtbezirken deckt, wird er mit diesen in Übereinstimmung gebracht. Im übrigen ist die Auflösung und der Übergang der besonderen Ortskrankenkassen in die Bezirkskrankenkassen anzustreben.

5. Die Auflösung der kleineren Betriebs- und sämtlicher Innungskrankenkassen ist vom Gesetzgeber mit aller Macht zu fordern.

6. Die in der Stadtgemeinde Berlin danach noch vorhandenen Krankenkassen schließen sich wie bisher zu einem Verbande gemäß § 406 RVO. zusammen, dem die Regelung der gemeinsamen Angelegenheiten obliegt.

Wilke, Geschäftsführer der Landkrankenkasse Berlin-Friedenau.

b)

Die Denkschrift des Herrn Stock, Niederbarnim (Heft 32 S. 633) enthält eine gesunde Idee für die praktische Verwirklichung notwendiger Abänderungen bei der Einteilung der Versicherungsbezirke in der neuen großen Stadtgemeinde Berlin.

Auch für die 53 Innungskrankenkassen wäre jetzt die beste Gelegenheit gegeben, eine Neubildung zu einer einzigen großen Innungskrankenkasse zu schaffen. Der Hauptsitz könnte dahin verlegt werden, wo sich geeignete größere Räume befinden, und Zweigstellen müßten je nach Bedarf eingerichtet werden. Das Hauptaugenmerk ist eben auch hier, ein großes, leistungsfähiges Gebilde zu schaffen, in welchem die bisher nur so vegetierenden kleinen Innungskrankenkassen aufgehen, ohne in ihren vermeintlichen Rechten geschmälert zu werden. Diese Rechte sind wohl auch so belanglos, daß die Innungskrankenkasse der Damenmäntelschneider-Innung dies frühzeitig eingesehen und den Antrag auf Aufnahme in die Allgemeine Ortskrankenkasse gestellt hat. Das Zusammenlegen der Innungskrankenkassen kann nur durch gesetzliche Maßnahmen erreicht werden, weil bekanntermaßen die Innungen bisher freiwillig nicht zu einem Zusammenschluß zu bewegen waren. Die kleinlichsten Bedenken waren hier ausschlaggebend, jedoch könnte in jeder Hinsicht viel erreicht und viel geleistet werden durch einen solchen Zusammenschluß, während jetzt so manche der kleinen Innungskrankenkassen nichts bedeutet, nichts leistet und in der Gesamtheit verschwindet. Wir sehen es alle Tage, die Masse allein ist wirksam. Der Zusammenschluß aller Innungskrankenkassen, nicht nur in einem wirtschaftlichen Verbande, sondern zu einer einzigen Kasse mit einheitlicher Verwaltung, wäre dringendes Erfordernis.

Kubat, Geschäftsführer der Innungskrankenkasse der Fleischer-Innung in Berlin.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Änderung der Bezirke der Oberversicherungsämter und Militärversorgungsgerichte in Berlin und Potsdam.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt (zugleich für den Min. des Inn. u. den Finanzmin.) vom 27. Oktober 1920 (Volksw. S. 381).

Nach Bildung der neuen Stadtgemeinde Berlin (Gesetzsamml. 1920 S. 123) werden die Bezirke der Oberversicherungsämter und Militärversorgungsgerichte Groß-Berlin und Potsdam wie folgt neu abgegrenzt:

1. Das Oberversicherungsamt und Militärversorgungsgericht Berlin (Groß-Berlin) in Charlottenburg umfaßt den Bezirk der neuen Stadtgemeinde Berlin. Vorsitzender ist der Oberpräsident in Charlottenburg.

2. Das Oberversicherungsamt und Militärversorgungsgericht Potsdam in Potsdam umfaßt den Regierungsbezirk Potsdam. Vorsitzender ist der Regierungspräsident in Potsdam.

Die Neuabgrenzung tritt mit dem 1. November 1920 in Kraft.

Gleichzeitig wird bestimmt, daß das bisherige Oberversicherungsamt und Militärversorgungsgericht Groß-Berlin von diesem Tage ab die Bezeichnung „Oberversicherungsamt und Militärversorgungsgericht Berlin" zu führen hat.

Zulassung der Zahntechniker.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 14. Oktober 1920 (1. M. II 2343).

Im Einvernehmen mit dem Herrn Minister für Handel und Gewerbe, für Landwirtschaft, Domänen und Forsten und dem Herrn Reichsverkehrsminister wird der Erlaß des Herrn Ministers des Innern, betr. Ausführungsbestimmungen zu § 123 RVO. vom 2. Dezember 1913 (Nr. 7789), wie folgt geändert:

Nr. 1 c) erhält folgenden Zusatz:

Auf diese Zeit wird die Ausbildung an einer anerkannten Lehranstalt für Zahntechniker bis zu einem Jahre angerechnet. Außerdem kann auf die Lehrzeit eine Gehilfenzeit bis zu einem Jahre angerechnet werden, doch müssen Lehr- und Gehilfenzeit mindestens 7 Jahre betragen.

Der erste Absatz der Ziffer 1 erhält am Schlusse folgenden Zusatz:

e) Die vorgeschriebene Prüfung bestanden und sich im Besitze eines hierüber ausgestellten Ausweises befindet. Die in einem anderen deutschen Lande abgelegte Prüfung wird für das preußische Staatsgebiet anerkannt. Von dem Nachweis einer Prüfung sind alle bis zum 1. Oktober 1920 zur Kassenpraxis zugelassenen oder zulassungsfähigen Zahntechniker entbunden, sofern nicht ein begründeter Einwand gegen die Berufszuverlässigkeit vom Versicherungsträger binnen sechs Monaten nach der Zulassung bzw. nach Veröffentlichung dieser Verordnung beim Oberversicherungsamt erhoben wird. Ein solcher Einwand kann nicht erhoben werden, wenn ein Zahntechniker schon seit dem 1. Oktober 1918 in einem Vertragsverhältnis mit Versicherungsträgern steht oder an diesem Tage bereits eine zehnjährige Tätigkeit als Zahntechniker im Hauptberuf ausgeübt hat. Der Erlaß des Herrn Ministers des Innern vom 26. März 1919 — M. 5057 — (Verlängerung der Übergangsbestimmungen für Kriegsteilnehmer betreffend) findet sinngemäße Anwendung.

Die bereits zur Kassenpraxis zugelassenen oder zulassungsfähig gewesenen Zahntechniker können, auch wenn sie den Voraussetzungen des Absatzes Nr. 1 b) und c) nicht genügen, binnen drei Jahren zur Prüfung zugelassen werden. Wenn die Unzuverlässigkeit des Zahntechnikers in bezug auf seine Berufsausübung gerichtlich nachgewiesen ist, oder wenn ihm die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind, oder wenn er das Gewerbe im Umherziehen ausübt, oder wenn nachträglich festgestellt wird, daß er bei der Zulassung zur Prüfung unrichtige Angaben gemacht hat, kann der Ausweis von mir nach Anhörung des betr. Zahntechnikers und des Verbandes der Dentisten im Deutschen Reich für ungültig erklärt und abgefordert werden. Unter denselben Voraussetzungen kann einem Zahntechniker, der in einem anderen deutschen Lande geprüft worden ist, eine gemäß § 123 RVO. ausgeübte Berufstätigkeit von mir für das preußische Staatsgebiet untersagt werden.

B. Zur Krankenversicherung.

Rechnungsnachweisungen der Krankenkassen.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 2. November 1920 (HMBl. S. 327).

In Übereinstimmung mit dem Herrn Reichsarbeitsminister genehmige ich, daß die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen auch für das Jahr 1921 an Stelle der nach § 30 der Bekanntmachung vom 9. Oktober 1913 über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen (Zentr.-Bl. f. d. Deutsche Reich, S. 1009) vorgesehenen Nachweisungen lediglich den Rechnungsabschluß, die Vermögensnachweisung und die Mitgliedernachweisung — Muster 1, 2, 3a und 3b — einreichen.

Beschränkung der Mehrleistung von Sterbegeld auf „Mitglieder" (§§ 202, 204 RVO.).

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) v. 1. Juni 1920 (II a K. E. 31/20).

Den Vorentscheidungen ist darin beizutreten, daß für die vom Kläger (Armenverband) verpflegte Frau J. Sterbegeld nach §§ 202, 201 RVO. lediglich in Höhe der Regelleistungen, also das Zwanzigfache des Grundlohns, zu zahlen war. Denn Mehrleistungen an Sterbegeld sind nach dem Beschluß vom 26. Oktober 1915 nur **Mitgliedern**, die länger als sechs Monate der Kasse angehören, zu gewähren. Gegen die Zulässigkeit einer derartigen Satzungsbestimmung sind Bedenken nicht zu äußern. Die erwähnte Voraussetzung lag bei Frau J. nicht vor. Insbesondere ist sie nicht nach § 311 RVO. bis zu ihrem Tode Mitglied der Kasse geblieben. Denn sie war schon vorher von der Kasse ausgesteuert worden, die Kasse hatte ihr also bis zu ihrem Tode keine Leistungen zu gewähren. Auch von dem Rechte der freiwilligen Weiterversicherung nach Beendigung der Kassenleistungen (vgl. §§ 313 Abs. 2, 314 RVO.) hatte sie keinen Gebrauch gemacht. War sie aber bei Eintritt des Versicherungsfalles für das Sterbegeld, also bei ihrem Tode, nicht mehr Kassenmitglied, so entfällt die satzungsmäßige Voraussetzung für die Zahlung der Mehrleistung an Sterbegeld. Es kann nach der Fassung des Satzungsnachtrages vom 26. Oktober 1915 auch nicht zweifelhaft sein, daß die Kasse Leistungen an Sterbegeld in der Höhe des früheren § 32 der Satzung allgemein nicht wieder einführen wollte. Vielmehr ist das die Regelleistungen überschreitende Sterbegeld jetzt nur nach Zurücklegung der satzungsgemäß bestimmten Versicherungsdauer zu zahlen. Hiernach darf die Anwendung der fraglichen Satzungsbestimmung nicht auf solche Versicherte ausgedehnt werden, deren Mitgliedschaft wie bei Frau J. bei Eintritt des Versicherungsfalls beendet, für die aber gleichwohl auf Grund der Sondervorschrift des § 202 RVO. Sterbegeld zu zahlen war.

C. Zur Unfallversicherung.

Unter welchen Voraussetzungen gehört die Abfuhr von Forsterzeugnissen zum landwirtschaftlichen Betriebe?

Ref. Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** v. 13. März 1920 (Mitt. 1920 S. 62 Ziff. 1511).

Das Reichsversicherungsamt hat in zuständiger Rechtsprechung angenommen, daß die Abfuhr von Forsterzeugnissen, wenn sie durch den Käufer vorgenommen wird, so lange dem forstwirtschaftlichen Betriebe zuzurechnen ist, als noch nicht die Waldgrenze überschritten oder das Holz an einen zur Abfuhr geeigneten Weg gebracht ist.

Im Gegensatze hierzu hat das B. Landesversicherungsamt allerdings früher die Anschauung vertreten, daß der forstwirtschaftliche Betrieb dann als beendet anzusehen sei, wenn das Holz von dem Verkäufer dem Käufer in verkaufs- oder verbrauchsmäßigem Zustande zur Abfuhr überwiesen worden ist. An dieser Anschauung hat aber das Landesversicherungsamt in neuerer Zeit nicht mehr durchwegs festgehalten.

Bereits in der Rekursentscheidung vom 4. Juli 1900 (Mitt. 1900 S. 71 Z. 808) wurde ausgeführt, daß die Überweisung eines Forstprodukts an den Ersteher zunächst nur zivilrechtliche Wirkungen habe, in versicherungsrechtlicher Beziehung aber nicht — wie in der früheren Rechtsprechung angenommen wurde — unter allen Umständen entscheidend sei. Die mit dem Wegschaffen des Forsterzeugnisses vom Übergabsplatz verbundenen Tätigkeiten seien vielmehr trotz der bereits erfolgten Überweisung dann noch dem Forstbetrieb zuzurechnen, wenn sie mit besonderen, nur durch den Forstbetrieb verursachten Gefahren verknüpft sind. Solchenfalls könne die Gefahr hierfür nicht vertragsmäßig auf den Erwerber abgewälzt werden. Noch bestimmter wurde dieser Grundsatz ausgesprochen in der Rekursentscheidung vom 20. März 1914 (Mitt. 1914 S. 129 Ziff. 1406), welcher der Fall zugrunde lag, daß ein von der Käuferin von Stammholz mit der Abfuhr der Stämme aus dem Walde beauftragter Taglöhner bei dieser Tätigkeit einen Unfall erlitten hatte. Das Landesversicherungsamt stellte sich in diesem Fall auf den Standpunkt, daß das Herausschaffen von Forsterzeugnissen aus dem Fällungsort im Walde stets eine forstwirtschaftliche Tätigkeit bilde.

Hiervon abzugehen besteht auch in dem hier zu entscheidenden Fall keine Veranlassung. Abgesehen davon, daß die Arbeit des Herausschaffens aus dem Walde an einen Weg den Abschluß der auf die Bewirtschaftung des Waldbodens gerichteten Tätigkeit bildet, waren hier auch noch besondere, der Forstwirtschaft eigentümliche Gefahren gegeben. Der Teil des Waldes, über den der Kläger das gekaufte Holz an den Abfuhrweg zu bringen hatte, war, wie oben erwähnt, mit Buchen-Buschholz bewachsen gewesen, das abgetrieben worden war. Durch einen Tritt auf das spitz zugehauene Ende eines solchen Buchen-Schößlings hat sich der Kläger am Fuß verletzt. Es ist klar, daß er auf diese Weise einer Gefahr erlegen ist, die in ganz hervorragendem Maße der Forstwirtschaft eigentümlich und in einem anderen als forstwirtschaftlichen Betriebe eigentlich überhaupt nicht denkbar ist. Derartige Gefahren

aber kann der Unternehmer des Forstbetriebes keinesfalls durch den rein zivilrechtlichen Akt der Überweisung von sich abwälzen. Der forstwirtschaftliche Betrieb ist auf die Gewinnung und Verwertung von Forstprodukten gerichtet, die Verwertung setzt aber für den Käufer, auch wenn er den Kaufpreis an den Verkäufer bereits bezahlt hat, die Wegschaffung aus dem Walde voraus und es ist deshalb auch diese noch dem Forstbetrieb zuzurechnen. Daß die gesellschaftliche und wirtschaftliche Stellung des Klägers der Annahme, er habe bei der Wegschaffung des Holzes die Stelle eines Arbeiters im Staatsforstbetriebe eingenommen, nicht widerstreitet, ist ohne weiteres klar.

Es war daher der angefochtenen Entscheidung beizustimmen und zu erkennen, wie geschehen.

Sprechsaal.

Ruhen der Unfallrente bei Rentenempfängern in an Polen abgetretenen Landesteilen.

Wir erhalten folgende Zuschrift, mit dem Ersuchen, zu der Frage Stellung zu nehmen:

„Nach § 615 Ziff. 2 RVO. ruht die Rente, solange sich der berechtigte Inländer im Auslande aufhält (wenn er die dort vorgesehene Mitteilung und Vorstellung unterläßt).

Nach Art. 91 des Friedensvertrages erwerben diejenigen Deutschen, die ihren Wohnsitz in den endgültig als Bestandteil Polens anerkannten Gebieten haben, von Rechts wegen die polnische Staatsangehörigkeit unter Verlust der deutschen. Im Abs. 2 und 3 ist diese Bestimmung aber wieder eingeschränkt. Hiernach wird hier folgende Auffassung vertreten: Die betr. Rentenempfänger können als Ausländer noch nicht betrachtet werden, da sie ja das Recht haben, innerhalb zwei Jahren nach Abschluß des Friedensvertrages für Deutschland zu optieren. Erfüllen sie somit die Voraussetzung des § 615 Ziff. 2, so kann ihnen die Rente nicht entzogen werden. Die Entziehung kann aber auch nicht mit § 615 Ziff. 3 begründet werden, denn es sind nicht beide Voraussetzungen erfüllt, d. h. die Rentenempfänger befinden sich freiwillig gewöhnlich im Auslande. Bei dem Frieden zu Versailles sind die Bewohner der abgetretenen Gebiete nach ihrem Willen nicht gefragt worden. Von einem freiwilligen Aufenthalt im Auslande kann also keine Rede sein, abgesehen auch davon, daß bei der in Deutschland herrschenden Wohnungsnot eine Unterkunft hier schwer zu finden sein würde. Bis zum Ablauf der für die Option gestellten Frist würde ein vorübergehender Aufenthalt im Auslande anzunehmen sein, und dieser bewirkt, nach einer Bemerkung des Vertreters der verbündeten Regierungen bei Beratung des § 615, noch nicht ein Ruhen der Rente.

Daß Polen die Abführung der Beiträge an die Berufsgenossenschaften untersagt, gibt diesen vorläufig noch kein Recht, auf Grund des § 165 RVO. das Ruhen der Rente anzuordnen, denn sind die Rentenempfänger als Inländer zu betrachten, so müßte zunächst festzustellen sein, ob sie die Vorbedingung nach § 165 Ziff. 2 erfüllt haben; sind sie aber als Ausländer zu betrachten, so kann von ihnen bis zum Ablauf der Optionsfrist nicht behauptet werden, daß sie sich freiwillig gewöhnlich im Auslande aufhalten."

Wir können die hier vorgetragene Auffassung nicht teilen. Klar und deutlich spricht Art. 91 Abs. 1 des Friedensvertrages es aus, daß deutsche Reichsangehörige in den endgültig als Bestandteil Polens anerkannten Gebieten von Rechts wegen die polnische Staatsangehörigkeit unter Verlust der deutschen erwerben. Mit der Ratifikation des Friedensvertrages, d. i. mit dem 10. 1. 20, haben also die bezeichneten Personen die polnische Staatsangehörigkeit erlangt und die deutsche verloren, nur mit dem Vorbehalt, daß sie nach Abs. 3 a. a. O. zwei Jahre lang nach dem Inkrafttreten des Friedensvertrages berechtigt sind „für die deutsche Reichsangehörigkeit zu optieren", d. h. die polnische Staatsangehörigkeit aufzugeben und die deutsche wiederzuerwerben, und daß es ihnen, wenn sie von diesem Rechte Gebrauch machen, nach Abs. 6 a. a. O. freisteht, in den nächsten 12 Monaten ihren Wohnsitz in den Staat zu verlegen, für den sie optiert haben. Besonders diese letztere Bestimmung unterstützt noch die schon aus dem Wortlaut und dem Zusammenhange der einzelnen Normen sich ergebende Auffassung, daß der Wechsel der Staatsangehörigkeit sofort mit der Ratifikation des Vertrages eingetreten ist, also nicht durch den Lauf der Optionsfrist aufgeschoben bleibt. Denn wenn die in Frage stehenden Personen während der Optionsfrist deutsche Reichsangehörige blieben, so wäre es selbstverständlich, daß weder Polen sie zurückhalten, noch Deutschland ihnen die Aufnahme versagen dürfte, wenn sie ihren Wohnsitz in das Reichsgebiet verlegen wollen. Der Abs. 6 a. a. O. drückt aber aus, daß Polen jene Personen, obwohl sie nunmehr wieder Deutsche geworden sind, noch zwölf Monate im Lande dulden, ihren früheren Abzug aber gestatten muß. Hiernach kommt § 615 Ziff. 2 RVO. nicht in Frage, solange der Rentenberechtigte nicht durch Ausübung seines Optionsrechts wieder Reichsangehöriger, also im Sinne des § 615 „Inländer" geworden ist. Vielmehr gilt für ihn als Ausländer Ziff. 3 des § 615, solange er freiwillig seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Auslande hat; und diese Voraussetzung ist gegeben, solange er nicht von den beiden ihm durch den Friedensvertrag ausdrücklich eingeräumten rechtlichen Möglichkeiten, für Deutschland zu optieren und nach Deutschland überzusiedeln, Gebrauch macht. Erst wenn die Absicht solcher Übersiedlung durch irgendwelche außerhalb seines Willens liegende Umstände vereitelt und er hierdurch, z. B. durch den Mangel eines geeigneten Unterkommens, genötigt würde, sei es in Polen zu bleiben oder sonstwohin außerhalb Deutschlands überzusiedeln, erst dann wäre zu sagen, daß er sich nicht mehr „freiwillig" gewöhnlich im Auslande aufhält.

Einer besonderen Beurteilung unterliegen aber die deutschen Reichsangehörigen und ihre Nachkommen, die sich nach dem 1. 1. 08 in den an Polen gelangten Gebieten niedergelassen haben. Sie haben nicht sofort ohne weiteres die polnische Staatsange-

hörigkeit erlangt, sondern können sie nach Art. 91 Abs. 2 des Vertrages nur mit besonderer Genehmigung des polnischen Staates erwerben. Sie sind also „Inländer" im Sinne des § 615 Ziff. 2 RVO. geblieben, solange sie jene Genehmigung nicht erwirkt haben, und unterliegen als solche der Vorschrift des § 615 Ziff. 2, solange sie sich weiter im Ausland aufhalten.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Bestrebungen zur Einführung der Familienversicherung

als Pflichtleistung der Krankenkassen, worüber wir im Jahrg. 1920 Heft 23 S. 456 berichtet haben, scheinen Erfolg zu versprechen. Die Führung in dieser Angelegenheit hat die rührige Badische Gesellschaft für soziale Hygiene übernommen. Sie hat sich wie unmittelbar an den Reichstag, so auch an den badischen Landtag gewendet mit der Bitte, auf die Reichsregierung zum Zwecke der Einführung der obligatorischen Familienversicherung einzuwirken. Die Bittschrift, die sich auf die a. a. O. bereits erwähnte Studie von Dr. A. Fischer über „Die Familienversicherung in Baden" (Verlag der C. F. Müllerschen Hofbuchhandlung in Karlsruhe) stützt, wurde im Landtag sehr günstig aufgenommen. Am 4. November 1920 hat sich auch der Reichstagsausschuß für soziale Angelegenheiten mit der genannten Bittschrift beschäftigt; er schlägt dem Reichstag vor, zu beschließen, daß die Petition der Reichsregierung zur Berücksichtigung überwiesen wird. Das ist die beste Art der Aufnahme, die eine Bittschrift im Reichstag finden kann. Es ist zu erwarten, daß die bisher infolge vieler Widerstände vergeblich geforderte Familienversicherung, deren wir bei den gegenwärtigen Gesundheitszuständen so dringend bedürfen, in absehbarer Zeit eingeführt werden wird. Die Arbeit der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene, die sich seit vielen Jahren um die Einführung der Familienversicherung eifrig bemüht und jetzt einen so großen Erfolg auch bei den Reichstagsmitgliedern gefunden hat, wird gewiß in den weitesten Kreisen anerkannt werden. Wir hören ferner, daß sich auch der Anfang Dezember in Berlin tagende Deutsche Kongreß für Säuglingsschutz mit der Familienversicherung befassen und voraussichtlich auf den Standpunkt der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene stellen wird.

Pensionsversicherungsgesetz in der Tschechoslowakei.

Hierüber teilt uns Justizrat Lindt in Darmstadt folgendes mit: Ein am 1. Juli 1920 in Kraft getretenes Gesetz bringt die Erweiterung der Versicherungspflicht auf Gruppen von Angestellten, die seither der Versicherungspflicht nicht unterlagen, die Einführung neuer Gehaltsklassen, Änderung der Bestimmungen über die Bewertung der Naturalbezüge und endlich Erweiterung der Ansprüche der Versicherten. — Nunmehr sind alle versicherungspflichtig, die das 16. Lebensjahr vollendet haben und im Freistaat in einem Dienstverhältnis stehen, sofern sie nicht als Arbeiter oder Lehrlinge tätig sind oder vorwiegend untergeordnete Arbeiten verrichten. Alle übrigen Angestellten sind versicherungspflichtig, u. a. nämlich Lehrer, Erzieher, Zeichner, Musiker, Buchhaltungs-, Kontor-, Kanzleiangestellte, Kontoristen. Nach Maßgabe der Jahresbezüge sind die versicherungspflichtigen Personen in 16 Gehaltsklassen (von bis zu 900 K. — über 9000 K. Jahresbezügen und von 60 K. bis 90 K. steigenden Monatsprämien) eingeteilt. Von den Prämien fallen in den Gehaltsklassen 1 bis 4 dem Dienstherrn zwei Drittel, dem Versicherten ein Drittel, in der 5. bis 16. Gehaltsklasse jedem die Hälfte zur Last. Erreicht jedoch der gesamte anrechenbare Jahresbezug des Angestellten nicht 600 K., oder besteht er lediglich aus Naturalien, so hat der Dienstherr die ganze Prämie zu tragen. Eine Naturalwohnung, eventuell einschließlich Beheizung und Beleuchtung oder mit Beköstigung wird mit denjenigen Beträgen in Anrechnung gebracht, die die politische Behörde II. Instanz stets auf ein Jahr festsetzt. Die Beköstigung wurde für das Land mit 150 K., für Städte mit 200 K. monatlich bewertet. Bezüglich der Beheizung in den Städten werden die Kosten geschätzt: für eine Räumlichkeit auf 720 K. jährlich, für zwei solche auf 990 K., für drei auf 1260 K., für vier und mehr Räume auf 1530 K. Für das Land sind wesentlich niedere Sätze als für die Städte Prag, Pilsen, Reichenberg, Karlsbad, Marienbad, Franzensbad und Teplitz angenommen. Die mitgeteilten Sätze gelten nur für 1920. Die Versicherung hat zum Gegenstand: für den Versicherten: Invaliditäts- und Altersrente und Erziehungszuschüsse zu beiden Rentenbezügen; für die Hinterbliebenen: Witwenrente, Erziehungsbeiträge, Begräbnisgeld und Abfertigung für die Witwe, die Kinder oder bedürftigen Eltern.

Sächsische Vereinigung von Reichsunfallversicherungsträgern.

Die im Gebiet des Freistaates Sachsen tätigen Berufsgenossenschaften haben sich zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen, der bis jetzt 19 Verwaltungen beigetreten sind. Nach der uns vorliegenden Satzung bezweckt die Vereinigung die Förderung der gemeinsamen Interessen der ihr angeschlossenen Verwaltungen durch Austausch von Erfahrungen und Anregung von Maßnahmen auf dem gesamten Gebiet der Reichsunfallversicherung. Ihr Arbeitsgebiet umfaßt insbesondere:

a) erste Hilfe, Frühbehandlung, Heilanstaltspflege, ärztliche Unfallbegutachtung, Nachuntersuchung, besondere Fürsorge und Arbeitsvermittlung für Schwerverletzte;

b) Vertretung vor Spruchbehörden und anderen Behörden, Stellungnahme zu Gesetzesvorlagen und behördlichen Verordnungen;

c) Unfallverhütung, Betriebsüberwachung, berufsgenossenschaftliche Ersatzansprüche;

d) Abschluß und Vermittlung von Verträgen mit Ärzten und Krankenhäusern, Krankenkassen, Lieferanten und anderen Versicherungsträgern;

e) Schaffung und Unterstützung von Einrichtungen zur Aus- und Fortbildung der Berufsgenossenschaftsbeamten und Unfallärzte;

f) Behandlung der vom Verband der Deutschen Berufsgenossenschaften eingehenden Vorlagen.

Mitglied kann jede im Gebiet des Freistaates Sachsen tätige berufsgenossenschaftliche Verwaltung und Ausführungsbehörde der Reichsunfallversicherung werden. — Die Vereinigung gliedert sich in die Landesgruppen Dresden und Leipzig, welche die

oben bezeichneten Gegenstände je für ihren Mitgliederkreis bearbeiten. — Die Geschäftsführung befindet sich bei der Sächsischen Textil-Berufsgenossenschaft in Leipzig, Schreberstraße 11, von der die Satzungen der Vereinigung von Interessenten bezogen werden können.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Zur Schweigepflicht der Kassenangestellten.

1. **Nach Berncastel-Cues.** Frage: Im Heft 33 von 1920 S. 659 Ziff. 18 stellen Sie sich auf den Standpunkt, daß jede Auskunft als ein Verstoß gegen den § 141 der RVO. angesehen werden muß. Die Beitragsforderung an den Arbeitgeber bringt es aber mit sich, daß zur Beitragsgutschrift in Erkrankungsfällen die Krankheitszeiten der erkrankten Mitglieder angegeben werden; auch verlangen viele Arbeitgeber die genaueste Angabe der Krankheitszeit, damit sie in der Lage sind, die Gutschrift prüfen zu können. Auch durch die Lohntarifverträge, wonach die Arbeiter bei Erkrankungen Anspruch auf den Lohn für die Karenzzeit usw. haben, wünschen viele Arbeitgeber die Angabe der Zeit der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ihrer Auskunft wäre es also ohne eine Einverständniserklärung des Erkrankten gar nicht möglich, den Arbeitgebern diese so notwendige Auskunft zu erteilen?

Antwort: Wir haben uns nicht auf den Standpunkt gestellt, daß schlechthin jede Auskunft an den Arbeitgeber als Verstoß gegen § 141 RVO. anzusehen sei, sondern wir haben dies selbstverständlich nur mit Bezug auf die von uns mitgeteilten drei Fragen erklärt, die wir beim Mangel näherer Angaben dahin verstehen mußten, daß der Arbeitgeber sich allgemein über den Gesundheitszustand des Versicherten zu unterrichten wünsche. Hierzu dürfen die Kassenangestellten keine Unterstützung bieten. Die zum Zwecke der Beitragsberechnung im Hinblick auf § 383 RVO. erforderlichen Angaben über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit stellen selbstverständlich keine „unbefugte" Offenbarung im Sinne des § 141 RVO. dar. Wenn ferner solche Angaben gewünscht werden, weil davon der Lohnanspruch des Versicherten für eine bestimmte Zeit abhängt, so wird unter Umständen sein Einverständnis unterstellt werden können; aber sicherer ist es, in solchen Fällen, die ja die Kasse nicht angehen, die Auskunft von der Zustimmung des Versicherten abhängig zu machen.

a) Form der Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft. b) Zur Anwendung des § 188 RVO.

2. **Nach W. 100.** Antwort: a) Das Gesetz schreibt nicht vor, in welcher Form die Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft nach § 1513 RVO. zu erfolgen hat. Einen förmlichen Bescheid braucht die Genossenschaft keinesfalls zu erlassen (Entsch. des RVA. 2514, Amtl. Nachr. 1911 S. 514). Auch eine schriftliche Mitteilung ist nicht ausdrücklich vorgeschrieben. Nach der Fassung der Vorschrift nehmen wir an, daß die tatsächliche Übernahme des Heilverfahrens, also die Gewährung von Krankenpflege und Krankengeld nach § 182 RVO., oder von Krankenhauspflege nach §§ 184, 186 oder Pflege nach § 185 im Sinne des § 1513 Abs. 1 genügt, um den Ersatzanspruch der Berufsgenossenschaft gegen die Kasse nach Abs. 2 a. a. O. zu begründen. Das entspricht doch auch dem Zwecke des § 1513, der die frühzeitige Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft fördern und ihr deshalb wenigstens in gewissen Grenzen einen Anspruch auf Ersatz gegen die Kasse gewähren will, die durch die Übernahme des Heilverfahrens von eigener Leistungspflicht tatsächlich entlastet worden ist. Selbstverständlich erscheint es sachgemäß und sogar geboten, daß die Berufsgenossenschaft die Kasse von der Übernahme des Heilverfahrens verständigt, schon um gleichzeitige Leistungen durch die Kasse zu vermeiden. Nur finden wir im Gesetz keinen Anhalt für die Annahme, daß die Ersatzpflicht der Kasse hiervon abhängig sei und nicht vor dem Empfang einer solchen Mitteilung beginnen könne. Man wird nur zugestehen können, daß die Ersatzpflicht der Kasse insoweit wegfallen kann, als sie, in Unkenntnis der Übernahme des Heilverfahrens durch die Genossenschaft, noch selbst Aufwendungen für das Heilverfahren gemacht hat. Danach halten wir die Entsch. des Versicherungsamts Offenbach hier, Jahrg. 1919 S. 270 für bedenklich.

b) Die Anwendung des § 188 RVO. setzt voraus, daß der Versicherte binnen 12 Monaten bereits für 26 Wochen Krankengeld (oder Ersatz dafür) bezogen hat. Dem tatsächlichen Bezug wird es allerdings gleichgestellt, wenn der Versicherte absichtlich den Bezug unterbricht, um die 26 Wochen nicht zu erfüllen und sich auf diese Weise arglistig demnächst wieder einen neuen, nicht nach § 188 beschränkten Anspruch zu verschaffen (zu vgl. Entsch. des sächs. LVA. in ArbVers. 1917 S. 608, 609 und die dort angeführten Stellen). Der Umstand allein aber, daß dem Versicherten die Leistungen für volle 26 Wochen gebührt hätten, reicht zur Anwendung des § 188 nicht aus, wenn sie ihm tatsächlich nur für kürzere Zeit gewährt worden sind.

Pflichtmitgliedschaft bei der knappschaftlichen Krankenkasse trotz chronischen Leidens. Beschränkung des Anspruchs nach § 188 RVO.

3. **Nach Hochemmerich.** Antwort: Nach § 9 des preuß. KnappschGes. sind Arbeiter, die im Betriebe eines Knappschaftswerkes beschäftigt werden, ohne weiteres Mitglieder der knappschaftlichen Krankenkasse. Die Kasse kann daher auch den ausgesteuerten Arbeiter, der trotz seines anscheinend chronischen Leidens wieder im Betriebe beschäftigt wird, nicht zurückweisen. Meldet er sich von neuem krank, so kann er unter den Voraussetzungen des § 188 RVO. nur die Regelleistungen für 13 Wochen

beanspruchen. Der Voraussetzung, daß er bereits für 26 Wochen Krankengeld bezogen hat, ist aber nicht genügt, wenn daran drei Tage, nämlich die mit in die 26 Wochen eingerechneten Wartetage, fehlen — es sei denn, daß der Versicherte sich absichtlich vor der Zeit gesund gemeldet hat, um sich für den Fall erneuten Bedürfnisses den Anspruch für die volle satzungsmäßige Zeit zu sichern (zu vgl. ArbVers. 1910 S. 152 Ziff. 16).

Muß das Reich von den Mehrleistungen an Familienwochenhilfe auch die Hälfte erstatten?

4. **Nach Hirschberg (Saale).** Frage: Wir nehmen Bezug auf die Auskunft in Nr. 27 von 1920 S. 539 Ziff. 10. Nachdem das Versicherungsamt Sch. bisher bei unseren Nachweisungen über Familienhilfe auch die Mehrleistungen zur Hälfte als vom Reich zurückzuerstatten anerkannt hat, lehnt es dies neuerdings ab, weil das Reich nach jetzt erschienenen Kommentaren nur die Regelleistungen zur Hälfte erstatte. Das Versicherungsamt teilt uns mit, daß auch der Vorsitzende des Gemeinsamen Oberversicherungsamts Gera den gleichen Standpunkt einnimmt und daß unsere Beschwerde dort keinen Erfolg haben dürfte. Um in dieser Angelegenheit Klarheit zu schaffen, wäre es doch wohl angebracht, das Reichsversicherungsamt zu veranlassen, dazu Stellung zu nehmen.

Antwort: Der im Schlußsatz enthaltenen Anregung stimmen wir zu; nur ist nicht gerade die „Arbeiter-Versorgung" berufen, die Anregung zu verwirklichen. — Aus dem inzwischen erschienenen Kommentar des Herrn Geheimen Regierungsrats Krause in Gera (S. 119) haben wir allerdings entnommen, daß auch er annimmt, daß der „Gesetzgeber" nur diejenigen Leistungen zur Hälfte ersetzt wissen „wollte", welche die Kassen als Pflichtleistungen gewähren müssen, also nicht auch die Mehrleistungen. Er entnimmt das aus den Beratungen, bei denen nur vom Ersatz dessen die Rede war, was die Kasse „belastet", was sie der Wöchnerin zahlen „muß". Schon das ist kein überzeugender Grund. Denn auch das belastet die Kasse und muß sie zahlen, was sie in der Satzung auf Grund gesetzlicher Ermächtigung als Mehrleistung auf sich genommen hat. Überdies aber ist das, was der sogenannte „Gesetzgeber" (richtiger: eine Reihe von Abgeordneten) „gewollt" (richtiger: sich bei der Vorlage gedacht) haben mag, ganz gleichgültig gegenüber der Tatsache, daß das Gesetz selbst das Gegenteil davon mit klaren Worten ausgedrückt hat. Die Unzulässigkeit solcher Gesetzauslegung (richtiger: Umdeutung) hat das RVA. in den Gründen der Entsch. 1895 Amtl. Nachr. 1914 S. 694 ff., ArbVers. 1914 S. 816, 817 deutlich genug dargelegt, so daß eigentlich seine Stellungnahme zu der jetzt vorliegenden Streitfrage kaum zweifelhaft sein kann und sich erübrigt. Das RVA. befindet sich bei der Ablehnung solcher Auslegungsmethoden in vollem Einklang mit dem Reichsgericht (zu vgl. Entsch. in Zivils. 33 S. 162, 97 S. 314).

Wartezeit für Familienhilfe (§ 205 b RVO.).

5. **Nach Dortmund.** Antwort: Eine Satzungsbestimmung, wonach der Anspruch auf Familienhilfe erst nach einer Wartezeit von sechs Wochen nach der Anmeldung der Familienangehörigen bei der Kasse entstehen soll, ist unzulässig. Denn das würde bedeuten, daß die Wartezeit unter Umständen auch mehr als sechs Monate (vom Beginn der Mitgliedschaft gerechnet) betragen kann, was gegen § 208 RVO. verstößt. — Wegen der zweiten Frage verweisen wir auf Heft 29 S. 580 Ziff. 12, 13.

Kassenzuschüsse zu einer Schulzahnpflege.

6. **Nach Dessau.** Antwort: Wir können Ihrer Ansicht nicht beitreten. § 363 sprach in der Fassung des Gesetzentwurfes von „allgemeinen Schutzmaßregeln gegen Erkrankung der Mitglieder". Die Reichstagskommission beschloß aber die Änderung „für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung". Diese Fassung ist Gesetz geworden. Hiernach brauchen die Maßnahmen sich nicht auf die Mitglieder zu beschränken, und es ist sehr wohl zulässig, daß die Kasse zu den Kosten einer Schulzahnpflege beiträgt, obwohl diese nicht gerade für Kinder Versicherter bestimmt ist. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1d Abs. 2 zu § 363.)

Zur Anwendung des § 188 RVO.

7. **Nach U.** Antwort: Das Protokoll v. 5. 4. 10 kommt nicht in Betracht, weil damals noch das KrVersGes. galt. Der § 188 RVO. ist klarer gefaßt als die frühere Vorschrift. In der 8. und 9. Aufl. des Handb. der KrVers. von Hahn, Anm. 4 und 6 zu § 188 ist nachgewiesen, daß beide im § 188 erwähnten Fristen von 12 Monaten vom Ende des letzten Bezuges von Krankengeld (oder Krankengeldersatz) zu berechnen sind, die erste rückwärts, die zweite vorwärts. Vorliegend ist der neue Versicherungsfall am 13. 10. 20 eingetreten. Der letzte vorangegangene Krankengeldbezug hatte am 22. 4. 20 geendet. Der neue Fall ist also, wie § 188 voraussetzt, im Laufe der nächsten 12 Monate eingetreten. Nunmehr sind die 12 Monate vom 22. 4. 20 zurückzurechnen, also bis zum 22. 4. 19. In diese Zeit fallen die drei Krankengeldzeiten v. 20. 5. 19 bis 18. 6. 19, v. 12. 8. 19 bis 25. 9. 19 und v. 25. 10. 19 bis 22. 4. 20, das sind mehr als 26 Wochen oder 182 Tage. Also ist in dem neuen Versicherungsfalle die Beschränkung der Leistung nach § 188 gerechtfertigt. Sie wäre nicht gerechtfertigt, sondern es würde wieder der volle Anspruch nach §§ 182, 183, 187, 191 begründet sein, wenn — wie Sie unterstellen — der letzte Bezug erst am 25. 12. 19 begonnen hätte; denn dann fielen in das vom 22. 4. 20 zurückgerechnete Jahr nur 180 Bezugstage, also weniger als 26 Wochen.

Rechtshilfe durch Aktenübersendung.

8. **Nach Ingolstadt.** Antwort: Amts- und Landgerichte haben als Behörden Anspruch auf Rechtshilfe der Versicherungsträger nach § 116 RVO. und können auf Grund dieser Vorschrift auch Übersendung von Akten der Krankenkassen zur Einsicht verlangen. Zur Erfüllung dieser Pflicht können sie vom Versicherungsamt nach §§ 30, 31 RVO. angehalten werden.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Heft 1268 der ganzen Folge

„Dem Schutz und der Würde der Arbeit."

Jährlich 36 Hefte, die am 1., 11. und 21. jedes Monats erscheinen und mit Titel und Register einen geschlossenen Band bilden. Preis ganzjähr. 32 M, halbjähr. 16 M ausschl. Bestellgeld bei allen Postanstalten (Zeitungsliste S. 33.) u. beim Verlag (nicht durch den Buchhandel) Einzelhefte 1 M. Anzeigenpreis: die vierspaltige Kleinzeile od. deren Raum 50 Pf. Dazu Teuerungsaufschlag

Die Arbeiter-Versorgung

Älteste Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Prof. d. Rechte a. d. Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Prof. Dr. Rosin; Oberverwalt.-Gerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Dir. im Statistisch. Reichsamt, u. a. m.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64

Postscheck-Verkehr: Nr. 21190 Amt Berlin. Fernsprecher: Nr. 689 Amt Lichterfelde

37. Jahrgang. | 11. Januar 1920 | Heft 2

Inhalt:

(Fortsetzung des Inhaltsverzeichnisses auf nächster Seite.)

Fortsetzung der Stellen-Anzeigen auf den nächsten Seiten.

Bei den unterzeichneten Kassen ist sogleich die Stelle des

Kassen- und Rechnungsführers

zu besetzen.

Das Anfangsgehalt beträgt 1800 Mark, steigend in 12 Jahren bis 3000 Mark. Außerdem werden eine laufende Teuerungszulage nach staatlichen Grundsätzen und ein Wohnungsgeldzuschuß gewährt. Anderweitig zugebrachte Dienstzeit kann auf das Besoldungsdienstalter angerechnet werden. Anstellung erfolgt auf Grund der Dienstordnung nach Ableistung einer Probedienstzeit von 6 Monaten.

Bewerber, die gute Kenntnisse in der Kassen- und Rechnungsführung besitzen und mit den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung vertraut sind, wollen ihre Bewerbungsgesuche unter Beifügung eines Lebenslaufes und beglaubigter Zeugnisabschriften uns umgehend einreichen.

Goldap, den 31. Dezember 1919. [1485]

Der Vorstand der Allgemeinen Orts- und Landkrankenkasse des Kreises Goldap.

Zum möglichst baldigen Eintritt in unsere Verwaltung suchen wir

mehrere Verwaltungsassistenten.

Bewerber, die mit den Bestimmungen der Sozialversicherung eingehend vertraut sind und selbständig arbeiten können, wollen ausführliche Gesuche nebst Lebenslauf und Zeugnisabschriften an den unterzeichneten Vorstand einreichen.

Kriegsbeschädigte Bewerber und Flüchtlinge aus den abzutretenden Gebieten werden bei gleicher Eignung bevorzugt.

Die Einstellung erfolgt zunächst als Hilfsarbeiter auf eine noch festzusetzende Probezeit. Die Gehaltsansprüche als Hilfsarbeiter sind im Bewerbungsgesuch anzugeben.

Nach erfolgter Probezeit und nötigenfalls abgeleisteter Prüfung vor dem Prüfungsausschuß erfolgt Anstellung als Verwaltungsassistent nach der Dienstordnung.

Das Diensteinkommen dieser Stellen beträgt z. Zt. 1800 M, steigend in 18 Jahren bis 3600 M. Außerdem wird ein Wohnungsgeldzuschuß von 450 bezw. 200 M gezahlt, je nachdem der Stelleninhaber verheiratet ist oder nicht, auch Teuerungszulagen werden nach den staatlichen Sätzen gewährt. [1468]

Der Vorstand der Landkrankenkasse des Kreises Angermünde.

Wir suchen [1483]

sofort für unsere Krankenkasse (2000 Mitglieder) einen mit der RVO. und anderen Büchern der Krankenversicherung durchaus vertrauten

Kassengehilfen

(unter 25 Jahre), der an sicheres und selbständiges Arbeiten gewöhnt ist und nötigenfalls den Rechnungsführer vertreten kann. Anstellung nach Dienstordnung. Schriftliche Angebote mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften an

Gehilfen-Krankenkasse der Friseur-Innung, Hamburg, Holstenwall 12.

Die Allg. Ortskrankenkasse Brandenburg (Hav.)

sucht einen jüngeren tüchtigen Kassengehilfen für Abfertigungsdienst, Kartothek, Quittungskarten, Melde- und Beitragsberechnungswesen zu möglichst baldigem Antritt. Bewerber, die diesen Anforderungen entsprechen und mit der RVO. vertraut sind, wollen Anerbieten mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften sofort an den Vorstand einreichen. [1475

Wir suchen zum sofortigen Eintritt einen tüchtigen und durchaus zuverlässigen

jüngeren Kassengehilfen

zunächst für unsere Meldeabteilung. Derselbe muß Allgemein-Kenntnisse der sozialen Versicherung besitzen und namentlich fachliche Betätigung auf dem Gebiete der Krankenversicherung nachweisen können.

Gefl. Anträge mit Zeugnisabschriften und Gehaltsansprüchen erbeten an [1477]

Ortskrankenkasse für Handelsbetriebe der Stadt Mannheim.

Zum baldmöglichen Antritt suchen wir einen im Krankenkassendienst ausgebildeten

Gehilfen, [1464]

der selbständig arbeitet und gute Kenntnisse der gesetzlichen und sonstigen Vorschriften besitzt. Sicheres und flottes Rechnen Bedingung. Maschinenschreiben erwünscht. Bewerbungen mit Gehaltsansprüchen, Zeugnissen usw. erbeten.

Land- u. Kreis-Ortskrankenkasse Grimmen i. P.

Fortsetzung der Stellen-Anzeigen auf der letzten Seite.

Wer bei der heutigen teuren Lebenshaltung eine gut besoldete Stellung sucht, in der Kenntnisse und Fähigkeiten voll zur Geltung kommen können, bedient sich erfolgsicher des Anzeigenteils der „Arbeiter-Versorgung“, wo Angebot und Nachfrage einander ständig begegnen. Auf die soziale Lage Stellungsuchender nehmen wir tunlichst Rücksicht und lassen zweckmäßige Fassung von Gesuchen gern in unserer Anzeigen-Abteilung vornehmen.

Unsere Kanzlei verschickt gegen Einsendung von 35 Pf. die Stellenanzeigen jedes Heftes in einem Sonderabzuge vor dessen Ausgabe. Monatsbezug 1 Mark.

„Arbeiter-Versorgung“.

Geschäftsführer

einer Betriebskrankenkasse, 26 Jahre alt, ledig, mit sämtlichen einschlägigen Gesetzen und Verordnungen in jeder Beziehung vertraut, sucht für möglichst bald aussichts- und arbeitsreiche Stellung. Beste Zeugnisse zu Diensten.

Gefl. Angebote unter L. K. Nr. 203 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung“ erbeten. [1491]

Junger Mann

seit 5 Jahren bei einer Krankenkasse tätig, in allen Zweigen der Kranken- und Invalidenversicherung erfahren, flotte gute Handschrift, stenographie- und schreibmaschinenkundig, **sucht Stellung in Rheinland oder Westfalen.** [1486]

Gefl. Zuschriften unter F. R. Nr. 154 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung“ in Berlin-Lichterfelde erbeten.

Fleißiger, strebsamer

Bürogehilfe

selbständig arbeitend, in dauernde Stellung mit Aussicht auf Pensionsberechtigung gesucht. Anfangsgehalt 250 M.

Bewerbungen mit Lebenslauf sind zu richten an

die Land- und Allgemeine Ortskrankenkasse des Kreises Sagan, in Sagan. [1489]

Jüngerer Kassengehilfe,

der mit der RVO., besonders mit den Bestimmungen der Reichswochenhilfe, gut vertraut ist, zu sofortigem Eintritt gesucht. Angebote mit kurzem Lebenslauf u. Gehaltsansprüchen erbeten an [1481]

Allgemeine Ortskrankenkasse Düren (Rhld.).

Wir suchen zum baldigen Antritt einen tüchtigen

Kassengehilfen. [1482]

Anfangsgehalt 1450 M, steigend jährlich um 75 M, bis 2500 M. Außerdem werden Teuerungszulagen nach staatlichen Sätzen gewährt. Anderweit verbrachte Dienstjahre können angerechnet werden. Die Besoldungsverhältnisse unterliegen demnächst einer Neuordnung. Die Anstellung erfolgt gemäß der Dienstordnung nach Ableistung einer Probedienstzeit von 6 Monaten. Im Bürodienst erfahrene Bewerber, welche die Schreibmaschine „Adler“ flott bedienen, wollen ihre Bewerbung unter Beifügung von Zeugnisabschriften umgehend einreichen und dabei mitteilen, wann der Antritt erfolgen kann.

Eutin, den 27. Dezember 1919.

Allg. Ortskrankenkasse für das Fürstentum Lübeck.

Bei unserer Kasse (9000 Mitglieder mit Familienversicherung) ist möglichst sofort die Stelle eines

Assistenten

zu besetzen. Anstellung erfolgt nach der Dienstordnung. Gehalt 3600 M, steigend in 14 Jahren bis 4600 M. Außerdem Teuerungszulagen nach staatlichen Grundsätzen. Bei anderen Krankenkassen verbrachte Dienstjahre können angerechnet werden.

Bewerber haben ihre fachliche Befähigung, insbesondere die Kenntnis der sozialen Gesetzgebung, sowie der Kassen- und Rechnungsführung nachzuweisen und müssen außerdem imstande sein, den Geschäftsführer zu vertreten. Alter nicht unter 25 Jahren.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften bis zum 28. Januar an den Unterzeichneten erbeten. [1490]

Allg. Ortskrankenkasse der Stadt Minden i. W.

Der Vorsitzende: W. Prinz.

Kassenführer (Assistent)

kann sofort eingestellt werden. Anfangsgehalt 2800 M, Steigerung alle zwei Jahre um 250 M bis 4300 M. Zählgeldentschädigung 75 M. Kriegsbeihilfen und Teuerungszulagen nach staatlichen Sätzen und Grundsätzen. Veruntreuungsversicherung. Sämtliche Versicherungsbeiträge zahlt die Kasse. Gefordert wird ein Lebensalter von wenigstens 25 Jahren und die in der Dienstordnung vorgesehenen Nachweise der fachlichen Befähigung. Meldungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften an die [1492]

Allgemeine Ortskrankenkasse für den Kreis Dinslaken, in Dinslaken.

Bei der unterzeichneten Kasse (rund 15 000 Mitglieder) ist die Stelle eines

Expedienten

zu besetzen. Bewerber, die mit der Sozialversicherung eingehend vertraut und an selbständiges Arbeiten gewöhnt sind, wollen ausführliche Gesuche nebst Lebenslauf und Zeugnisabschriften alsbald einreichen.

Die Anstellung erfolgt zunächst als Hilfsarbeiter auf eine noch festzusetzende Probedienstzeit. Die Gehaltsansprüche als Hilfsarbeiter sind im Bewerbungsgesuch anzugeben.

Nach zufriedenstellender Probedienstleistung erfolgt Anstellung als Expedient nach der Dienstordnung: Gehalt 4000 M bis 6000 M; Wohnungsgeldzuschuß 450 M bzw. 675 M.

Der Vorstand [1487]

der Landkrankenkasse für den Kreis Oels (Schles.).

Tüchtiger Kassengehilfe

für die Krankenabteilung sofort gesucht. Bedingung: Gewandtheit im Abfertigungsdienst. Gute Kenntnisse der einschl. gesetzl. Bestimmungen. Alter mindestens 25 Jahre. Anstellung erfolgt nach sechsmonatiger Probedienstleistung. Anfangsgehalt 3000 M nebst Gewährung von Teuerungszulagen nach den staatl. Grundsätzen. [1478]

Allgemeine Ortskrankenkasse des Stadtkreises Frankfurt a. d. Oder.

Alle Leser unserer Zeitschrift werden gebeten, bei Bestellungen und sonstigen Anknüpfungen, die auf Grund hier abgedruckter Anzeigen erfolgen, sich ausdrücklich auf „Die Arbeiter-Versorgung“ zu berufen

Druck von E. S. Mit er & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68–71.

5342 V

Heft 1302 der ganzen Folge

Jährlich erscheinen 36 Hefte, die am 1., 11. und 21. jedes Monats ausgegeben werden und mit Titel und Register einen abgeschlossenen Band bilden. Bezug erfolgt durch alle deutschen Postanstalten und den Verlag (nicht durch den Buchhandel) für halbjährlich 36 Mark zuzüglich Bestellgebühr. Einzelhefte 3 Mark. Anzeigen: die vierspaltige Kleinzeile oder deren Raum 1 Mark, dazu Teuerungsaufschläge. Lieferungen ins Ausland nach dem jeweiligen Geldstande.

„Dem Schutz und der Würde der Arbeit."

Die Arbeiter-Versorgung

Älteste Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Prof. d. Rechte a. d. Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Prof. Dr. Rosin; Oberverwalt.-Gerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Dir. im Statistisch. Reichsamt, u. a. m.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde West, Weddigenweg 64

Postscheck-Verkehr: Nr. 21190 Amt Berlin. Fernsprecher: Nr. 689 Amt Lichterfelde

37. Jahrgang. 21. Dezember 1920 Heft 36

Inhalt:

(Fortsetzung des Inhaltsverzeichnisses auf nächster Seite.)

Fortsetzung der Stellen-Anzeigen auf der vierten Seite.

Eine staatliche Gedenkmünze für unsere Gefallenen

hat der bekannte Berliner Bildhauer Professor Hermann Hosaeus im Auftrage des Deutschen Kriegerbundes geschaffen. Durch den Verkauf sollen die Mittel aufgebracht werden, um das unvollendete Werk der Anlage und Sicherung unserer Kriegergräber zu vollenden.

Einfach und volkstümlich wie die Stimmung eines Soldatenliedes wirkt die Art der Darstellung, die der Künstler wählte. Auf der Vorderseite ein Soldat, der sich Zweige für ein Kränzlein pflückt zum Schmuck des Kameradengrabes und darüber die Aufschrift: „Ich hatt' einen Kameraden." Auf der Rückseite die Inschrift: „Am Schmuck der Ruhestätten unserer Tapferen half, wer dieses Eisenzeichen nahm."





Das kleine volkstümliche Kunstwerk ist vom Künstler in der Originalgröße geschaffen, unter Umgehung der maschinellen Verkleinerung, mit der meist solche Münzen unsachlich und unkünstlerisch nach einem größeren Modell des Bildhauers hergestellt werden.

Die schöne und würdige Gedenkmünze stellt bei aller äußeren Bescheidenheit einen hohen künstlerischen Wert dar und steht weit über der seelenlosen, vielfach maschinenmäßig hergestellten Massenware. Sie ist in Eisen gegossen und nicht geprägt, ein Verfahren, durch das sein Besitzer ein Original erhält, weil für jedes Stück eine eigene Form gemacht werden muß.

Da die feine Schöpfung auch als Erinnerungs-Schaustück und bedeutungsvoller Schmuck gern Verwendung finden wird, so ist der Preis von 6,50 M. (ab 25 Stück 6 M.) bei portofreier Zusendung, auch ohne Hinblick auf den vortrefflichen Zweck, sehr mäßig zu nennen.

Die Münze ist vom Deutschen Kriegerbund, Abteilung Denkmünze, Berlin W 50, Geisbergstr. 2, zu beziehen. Der Erlös wird dem Reichsministerium des Innern (Zentral-Nachweiseamt für Kriegerverluste und Kriegergräber) zugeführt.

* **Hilfsmittel** *
für den Schreibtisch unserer Leser

Zusammenstellung von Entschädigungssätzen des Reichs-Versicherungsamts bei dauernden Unfallschäden

Das in 6. vermehrter Auflage vorliegende Buch enthält die wichtigsten Rekurs-Entscheidungen, die das Reichs-Versicherungsamt als oberste Instanz zu der Frage, ob und inwieweit dauernde Folgen eines Unfalls eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit erwirken, getroffen hat. In übersichtlicher Tabellenform wird hier ein umfangreiches Material für jede Art von Verletzungen (Arm, Hand, Finger, Fuß, Augen, Gehör, Zähne u. a. m. geboten), für die eine Entschädigung festgesetzt ist. Nicht weniger als 1113 Fälle werden mit Angabe des Datums der Entscheidungen, der Nummer der Prozeßliste, des Arbeitsverhältnisses des Verletzten, der Art der Verletzung und des Prozentsatzes der Entschädigung genau beschrieben.

Allen beteiligten Dienststellen, insbesondere den Berufsgenossenschaften und deren Sektionen, leistet das Buch die besten Dienste.

Preis einschl. Teuerungsaufschlag, Verpackung und Postgeld 6 Mark 60 Pf. gegen Überweisung dieses Betrages auf unser Postscheck-Konto Berlin 21190.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung"
* Berlin-Lichterfelde 3 *

Gefl. sofort auszuschneiden, auszufüllen und im Briefumschlag freigemacht abzusenden!

Bestellschein

Beim Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde 3, Weddigenweg 64 werden zu baldiger direkter Lieferung bestellt:

Stück **Einband-Decke** zu „Arbeiter-Versorgung" **Jahrgang 1920**

Stück **Einband-Decke** zu „Arbeiter-Versorgung" **früherer Jahrgänge**, nämlich ______

Stück **Einzelheft** ____ „Arbeiter-Versorgung" **Jahrgang 1920**, nämlich ______

Stück **Einzelheft** ____ „Arbeiter-Versorgung" **aus früheren Jahrg.**, nämlich ______

Stück **Schreibtisch-Kalender 1921.**

Unterschrift (Name, Wohnung und Datum, recht deutlich)

______

Allgemeine Ortskrankenkasse Köln-Mülheim (11 000 Mitglieder) sucht sofort [1780]

tüchtigen Hilfsarbeiter

der flott rechnet und mit den Bestimmungen der RVO. vertraut ist. Gehalt nach städt. Tarif für Hilfsarbeiter. Kriegsbeschädigter erhält bei gleicher Befähigung den Vorzug.

Kassengehilfe, nicht unter 21 Jahren,

zum 1. Januar 1921 gesucht. Gehalt nach Gruppe IV d. Reichsbesoldungsordnung. Im Kassendienst erfahrene Bewerber wollen Gesuch mit Zeugnisabschriften umgehend einreichen.

Allgemeine Ortskrankenkasse für den Kreis Rees in Rees (Niederrhein). [1771]

Für Verwaltungsbüro eines industriellen Unternehmens im Rheinland wird zum sofortigen Eintritt

intelligenter junger Mann

im Alter von 18 bis 21 Jahren gesucht. Bedingung: Stenographie und Maschinen-Schreiber. Süd- oder mitteldeutsche Bewerber, welche nach Gabelsberger stenographieren (mindestens 150 Silben) bevorzugt. Besonders erwünscht wäre Bewerber aus Anwalts-, Notariats- oder Verwaltungsbüro. Gehalt zunächst Tarif. Angebote unter St. B. Nr. 10097 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde 3 zu richten. [1777]

Infolge Verabschiedung des bisherigen Inhabers ist die

◎ Geschäftsführerstelle ◎

bei der unterzeichneten Kasse mit etwa 8400 Mitgliedern am 1. April 1921 neu zu besetzen (Gehaltsklasse VIII). Es wird nur auf einen Herrn gesehen, der mit der sozialen Gesetzgebung und dem Geschäftsgang einer zentralisierten Kasse vollständig vertraut ist. Geeignete ältere Bewerber werden gebeten, ausführliche Gesuche unter Beifügung eines Lebenslaufes und beglaubigten Zeugnisabschriften an den Vorsitzenden der Kasse einzusenden.

Persönliche Vorstellung nur auf Aufforderung.

Belzig, den 4. Dezember 1920.

Der Vorstand der Landkrankenkasse des Kreises Zauch-Belzig

C. Flechsig, Vorsitzender. [1774]

Für die statistische Abteilung suchen wir zum 1. Januar 1921 einen im Krankenkassenwesen erfahrenen und mit statistischen Arbeiten besonders vertrauten

Gehilfen.

Bewerbungsgesuche mit Lebenslauf und beglaubigten Zeugnisabschriften sind sofort bei der Geschäftsstelle der unterzeichneten Kasse einzureichen. Besoldung nach Maßgabe der Dienstordnung zur Zeit monatlich 730 M. [1782]

Kreisortskrankenkasse und Landkrankenkasse des Kreises Sorau (N.-L.)

Bei der unterzeichneten Kasse (9000 Mitglieder) wird zum möglichst sofortigen Eintritt ein

Vertreter des Geschäftsführers

gesucht. Verlangt wird neben der Befähigung zur Büroleitung genaue Kenntnis der sozialen Gesetzgebung und Vertrautheit mit dem Kassen- und Rechnungswesen. Grundgehalt jährlich 10100 M, dazu Kinderzuschläge. Bei anderen Kassen verbrachte Dienstjahre können angerechnet werden. Meldungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften sind an den Vorsitzenden der Kasse zu richten.

Allgemeine Ortskrankenkasse zu Rathenow Schleusenstraße 4. [1779]

Strebsamer junger Mann

24 Jahre alt, ledig, seit über 6 Jahren bei einer Orts- und Landkrankenkasse tätig, in den letzten 3 Jahren als Geschäfts- und Kassenführer, an selbständiges Arbeiten gewöhnt, sowie mit den einschlägigen Gesetzesbestimmungen bestens [illegible], wünscht sich zum 1. April oder 1. Juli 1921 zu verändern. Nur Kassen, welche Lebensstellung mit Versorgungsberechtigung und hinreichendem Einkommen gewährleisten, wollen Angebote möglichst mit Gehaltsangaben unter dem Kennzeichen B. O. Nr. 10 079 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde West, Weddigenweg 64, senden. [1776]

Kriegsbeschädigter,

32 Jahre alt, verheiratet (Frau gepr. Lehrerin), der infolge seiner politischen Gesinnung die oberschlesische Heimat verlassen mußte, sucht Anstellung bei Krankenkasse, wo ihm Gelegenheit gegeben, sich in das Kassen- und Rechnungswesen der Sozialversicherung einzuarbeiten.

Suchender ist geprüft im höheren Kassen-, Rechnungs- und Revisionswesen der staatl. Berg-, Hütten- und Salinenverwaltung und qualifiziert zur selbständigen Bearbeitung von Rechnungssachen. [1783]

Zeugnisse stehen auf Wunsch zur Verfügung.

Gefl. Angebote sind zu richten an

Karl Thomas
Bürohilfsarbeiter
beim Oberversicherungsamt Liegnitz
Liegnitz, Jauerstr. 32 II.

Ausschreibung.

Die Stelle des Geschäftsführers des Kreiskrankenkassenverbandes, zu welchem die Landkrankenkas[illegible] und die Allgemeine Ortskrankenkasse für den Kreis Ko[illegible]rg-Körlin mit etwa 11000 Mitgliedern und zentralisierter Kassenverwaltung gehören, ist sofort zu besetzen. Besoldung vorbehaltlich der Genehmigung des Oberversicherungsamtes nach Gruppe 8 des Staatsbesoldungsgesetzes.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften sofort erbeten.

Kolberg, den 10. Dezember 1920.

Kreiskrankenkassenverband des Kreises Kolberg-Körlin in Kolberg.

Bürodirektor Wendland, Vorsitzender. [1778]

Stellen-Anzeigen finden in der „Arbeiter-Versorgung" stets Beachtung

Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.



